

Medico Competente Journal

GIORNALE
PROFESSIONALE
E SCIENTIFICO

OCCUPATIONAL PHYSICIAN
SCIENTIFIC AND
PROFESSIONAL JOURNAL

LUGLIO 2004

Anno 11, Numero 1/2004



editoriale 5

Nel segno della continuità e del miglioramento continuo

contributi e articoli originali 6

Primi risultati della sorveglianza sanitaria degli ex esposti all'amianto addetti al carico/scarico delle merci nel porto di Venezia

La circolare INAIL sulle psicopatologie da stress e disagio lavorativo, compreso il "Mobbing": un utile strumento per il medico del lavoro

I vantaggi della vaccinazione antinfluenzale in ambito lavorativo: come organizzare una efficace campagna vaccinale

esperienze e materiali di lavoro 15

Una esperienza di Gestione Aziendale del collocamento mirato dei disabili

è successo a... 19

Portofino: Congresso Nazionale A.N.M.A. - "10 anni di 626: il percorso del Medico d'Azienda Competente"

Chioggia: Seminario di Approfondimento - "Rischio Tubercolosi e tutela degli operatori sanitari"

leggi e normative 31

Cartella sanitaria e di rischio: una possibile insidia per il Medico Competente?

da leggere in poltrona 37



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

Il mondo MEDISCOPIO

DIAGNOSTICA

(tabelle rischi e denunce agli ispettorati)

KAOS

(esposizione al rumore)

ICARO

(gestione attività S.P.S.A.L.)

IGIENING

(elaborazione e statistica dei dati ambientali e test OTL)

MEDICINA GENERALE

(la memoria e l'organizzazione del medico)

MEDICINA DEL LAVORO

(gestione completa sanitaria ed ambientale)

MENELAO

(gestione di commesse nella medicina del lavoro)

PENELOPE

(banca dati sulle sostanze chimiche)

PIANO SANITARIO AZIENDALE

(pianifica la situazione sanitaria in azienda)

PRORISK

(protocolli sanitari)

POLIFEMO

(gestione del rischio VDT)

QUASIMODO

(gestione del rischio MMC)

ULISSE

(gestione del laboratorio polispecialistico e di analisi)

**PER RICEVERE ULTERIORI INFORMAZIONI, FARE UNA FOTOCOPIA DI QUESTO COUPON
E INVIARLO IN BUSTA CHIUSA, OPPURE UN FAX AL NUMERO 02.96701512**

COGNOME NOME

AZIENDA Titolo

Settore attività

Indirizzo Città

CAP Prov. E-mail

Tel. Fax Cell.

Prodotti d'interesse

Al sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96 la informiamo che i suoi dati sono conservati nel nostro archivio informatico. La informiamo inoltre che ai sensi dell'art. 13 della legge, lei ha il diritto di opporsi all'utilizzo degli stessi se trattati in violazione della legge.

Medico Competente Journal

NOTIZIARIO A.N.M.A.

NUMERO 1/2004



PERIODICO TRIMESTRALE DELL'A.N.M.A.

Numero 1/2004

Associazione Nazionale Medici d'Azienda e Competenti
Sede e redazione Milano
Via San Maurilio, n° 4
tel. 02/86453978 - fax 02/72002182
e-mail: maurilio@mcmlink.it
Autorizzazione Tribunale di Milano
n. 96 del 30 marzo 1995

DIRETTORE RESPONSABILE:

Daniele Luè

DIRETTORE:

Giuseppe Briatico-Vangosa

COMITATO DI REDAZIONE:

Gino Barral
Danilo Bontadi (coordinatore)
Umberto Candura
Piero Patanè
Quintino Bardoscia
Azelio De Santa
Daniele Ditaranto

REALIZZAZIONE GRAFICA

CUSL Nuova Vita Scrl

TIPOGRAFIA

Nuova Jolly - 35030 Rubano (PD)



Associazione Nazionale
Medici d'Azienda
e Competenti

A.N.M.A.

Presidente

Giuseppe Briatico-Vangosa

Vice Presidente

Tommaso Remondelli

Segretario

Guglielmo d'Allio

Consiglieri

Gino Barral, Danilo Bontadi, Gilberto Boschirolì, Umberto Candura
Daniele Ditaranto, Armando Fiorillo, Francesco Gazzero, Massimo Sabbatucci,
Marco Saettone, Salvatore Talierno, Maria Valeria Tonini, Carlo Valchi
(Verbale della commissione elettorale a seguito del rinnovo delle cariche sociali
per il quadriennio 2004-2008)

QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE € 80,00
(DA VERSARE CON C.C.P. N. 11199205)

SEZIONI TERRITORIALI

Abruzzo

Segr. Rita Vecchiola
Via Matteo da Leonessa, 14
67100 L'Aquila - tel. 0862 26951

Campania

Segr. Francesco Gazzero
Via Stazio, 13 - 80123 Napoli
tel. 081 7146183 fax 081 7142025

Emilia Romagna

Segr. Gabriele Gherardi
Via G. Dagnini, 28 - Bologna
tel. 051 6230896
e-mail: gabriele.gherardi@libero.it

Lazio

Segr. Salvatore Talierno
Via Manfredi Azzarita, 184 - Roma
tel. 06 33261809 - 06 36868910
e-mail: s.talierno@rai.it

Liguria

Segr. Marco Saettone
Via A. Aonzo, 11/1 17100 Savona
tel. 019 5224755 - 019 52244090

Lombardia

Segr. Daniele Ditaranto
c/o sede Via S. Maurilio, 4 - 20123 Milano
tel. 02 86453978 fax 02 72002182

Marche

Segr. Roberto Arcaleni
Piazza Giovanni XXIII° - 60033
Chiaravalle (AN), tel. e fax 071 741837

Piemonte

Segr. Riccardo Verrua
Via Del Carmine, 4/B Casale
Monferrato - (AL) tel. 0142 454145

Puglia e Lucania

Segr. Massimo Sabbatucci
Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto
tel. 099 4773840

Trentino Alto Adige

Segr. Azelio De Santa c/o Progetto Salute
Via Milano, 118 Trento
tel. 0461 912765
e-mail: desanta@progettosalutetn.it

Umbria

Segr. Anselmo Farabi
Via dei Cappucinelli, 22 - 06100 Perugia
tel. e fax 075 43436

Veneto

Segr. Piero Patanè
Via Nazareth, 2 - 35100 Padova
tel. 049 850377 fax 049 850549
e-mail: piero.patane@tin.it

RAPPRESENTANZE

Frosinone

Segr. Antonio Palermo
Via G. Matteotti, 29 - 03023 Ceccano (FR)
tel. 0775 600664
fax 0775 621128

Massa Carrara

Segr. Maurizio Bonci
Medici Fobbs c/o BIC
Via Dorsale, 13 - 54100 Massa
tel. 0585 791149 fax 0585 7987257

Reggio Emilia

Segr. Paolo Formentini
Via Cecati, 13/G - Reggio Emilia
tel. e fax 0522 326285

Taranto

Segr. Massimo Sabbatucci
Via C. Battisti, 164 - 74100 Taranto
tel. 099 4773840

Prato

Segr. Andrea Gennai
Viale Monte Grappa, 97 - 50047 Prato (FI)
tel. 0574 58082



H SAN RAFFAELE RESNATI

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE



Il San Raffaele a supporto del Medico d'Azienda



LABORATORIO DI BASE E SPECIALISTICO - LABORATORIO DI IGIENE INDUSTRIALE -
ECOLOGIA - TOSSICOLOGIA - POLIAMBULATORIO - IMAGING - CONSULENZA NEL CAMPO
DELLA SICUREZZA E DELL'INFORTUNISTICA - INDAGINI AMBIENTALI - UNITÀ MOBILI

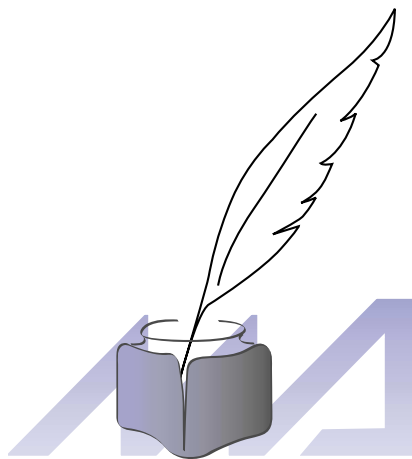
H SAN RAFFAELE RESNATI S.p.A.

SERVIZI DI MEDICINA OCCUPAZIONALE

VIA SANTA CROCE 10/A - TEL. 02/58187512 - FAX 02/8321645

PER INFORMAZIONI: SERVIZIO PROMOZIONE E SVILUPPO - TEL. 02/26432099

NEL SEGNO DELLA CONTINUITÀ E DEL MIGLIORAMENTO CONTINUO



EDITORIALE

Giuseppe Briatico-Vangosa
Presidente A.N.M.A.

Ebbene sì, vogliamo volare alto, ad supera tendo.

Il nostro “giornale” si rinnova nel segno della continuità e del miglioramento continuo, non solo come veste grafica che vede la quarta evoluzione a partire dal 1994, ma soprattutto nei contenuti. “Medico Competente journal”, un po’ ambizioso, ma a significare che per un verso intendiamo valicare i confini nazionali per rapportarci con le esperienze europee, almeno per il momento, e per un altro verso che volgiamo darci una veste più scientifica ed ancora più tecnica senza però abdicare alla nostra identità.

È questo un primo atto del rinnovato Consiglio Direttivo come deciso dalle elezioni di Portofino Vetta del 28 maggio u.s.. Un Consiglio rinnovato, un mix di presenze “consolidate” assieme a consiglieri “freschi”, nel segno della continuità e del miglioramento continuo. Un Consiglio motivato e pronto ad accogliere con lo stesso spirito del nostro “journal” le sfide, quelle già presenti e quelle che si presenteranno nel corso di questo quadriennio.

PRIMI RISULTATI DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA DEGLI EX ESPOSTI ALL'AMIANTO ADDETTI AL CARICO/SCARICO DELLE MERCI NEL PORTO DI VENEZIA



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

Maria Nicoletta Ballarin,
Danilo Bontadi**,
Annalisa Virgili*,
Massimo Ballarin****

**SPISAL AULSS 12 Veneziana*

***Medico Competente ANMA*

****Servizio di Radiologia
Ospedale Civile di Venezia*

RIASSUNTO

Scopo dello studio è stato valutare le patologie asbesto-correlate negli addetti al carico-scarico delle merci nel Porto di Venezia con pregressa esposizione ad amianto attraverso un programma di screening con TAC spirale del torace, spirometria e valutazione dell'esposizione con un questionario strutturato. In 54 soggetti sono state riscontrate 40 (74,1%) lesioni pleuriche (ispessimenti/placche) di cui bilaterali 27 (67,5%); 9 casi di noduli singoli polmonari (16,7%). Nei restanti casi non si è evidenziata alcuna progressione dei noduli polmonari ai controlli radiologici successivi. Non sono state riscontrate negli invitati allo screening patologie maligne polmonari o pleuriche. Per 45 soggetti su 54 (83,3%) l'esposizione cumulativa ad amianto era superiore alle 200 ff/ccxanni. La funzione ventilatoria era alterata nei fumatori ed ex fumatori. Il riscontro in elevata percentuale di ispessimenti/placche pleuriche nei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria dimostra una pregressa esposizione ad amianto ritenuta tra le più elevate nel territorio veneziano.

INTRODUZIONE

Nell'area portuale veneziana la movimentazione dell'amianto è avvenuta principalmente tra il 1968 ed il 1978 con un andamento crescente fino al 1970 (grafico 1). Si pensa che non sia stata trascurabile la presenza di crocidolite tra il materiale movimentato. Le zone di scarico erano situate a Venezia e a Porto Marghera. Gli addetti operavano in media 8-10 ore al giorno, per tutta la settimana compreso il sabato, ed effettuavano il carico e lo scarico delle merci, fra queste l'amianto, dalle navi alla banchina e da questa direttamente sui camion, o stivato nei magazzini. Si stima che la manipolazione di questo materiale da parte dei lavoratori potesse variare fra i 45 e i 50 giorni all'anno per singolo lavoratore nel periodo 1967-78. L'attività veniva svolta prevalentemente a bordo della nave ("tiraggio") per la quasi totalità dell'orario di lavoro ed era rappresentata dallo scarico manuale dell'amianto contenuto in sacchi di juta o di plastica in apposite imbracature o "virate" che venivano portate a terra mediante gru. Durante il trasferimento delle virate qualche sacco poteva rompersi facendo fioccare la fibra su tutta l'area delle operazioni. Il lavoratore nell'80% del tempo rimaneva nella stiva per la carica delle virate e per il restante 20% in coperta durante il controllo del trasferimento delle stesse. Spesso i lavoratori consumavano i pasti tra i sacchi di amianto, non erano previsti mezzi di protezione respiratoria né sistemi di aspirazione localizzata. Dopo il 1985 l'esposizione ad amianto avveniva quasi esclusivamente durante lo stivaggio delle merci in quanto il materiale fibroso arrivava in appositi containers. La ricerca attiva e le notifiche di malattie professionali

pervenute allo SPISAL ha permesso l'identificazione di 9 casi di mesoteliomi maligni pleurici e 12 tumori polmonari professionali. Sulla base di questi dati, gli scaricatori portuali sono stati considerati a pregressa alta esposizione ad amianto ed inseriti nel programma di sorveglianza sanitaria previsto dalla Regione Veneto.

SOGGETTI E METODI

Sono stati invitati allo screening i soggetti che hanno lavorato alla Compagnia Lavoratori Portuali identificati attraverso le domande giunte all'INPS ai sensi dell'art. 13 L. 257/92.

La stima dell'esposizione ad amianto è stata fatta sulla base di un questionario con moduli specifici per comparto¹, in cui l'accertamento dell'esposizione è basato su una procedura stepwise: descrizione della fabbrica/reparto/mansione; valutazione ordinale per ogni "determinante" di esposizione; stima della concentrazione (i) e della percentuale del tempo di lavoro passato a quella concentrazione (f); calcolo degli anni di durata di esposizione (d); infine, stima semi-quantitativa di esposizione cumulativa ad asbesto ($\sum f \cdot d$). Il protocollo sanitario per tutti i soggetti prevedeva esecuzione di visita medica, questionario specifico, TAC spirale del torace e spirometria. Tutti i lavoratori si sono volontariamente sottoposti a prelievo ematico per lo studio di biomarcatori di danno biomolecolare e di ipersusceptibilità individuale la cui valutazione è ancora in corso.

RISULTATI

I 54 soggetti che hanno aderito allo screening finora esaminati presentavano età media 56,6 anni ($\pm 5,9$) e sono risultati nel 18,5% dei casi non fumatori, 53,7% ex fumatori e nel 27,8% ancora fumatori. L'esposizione cumulativa lavorativa ad amianto stimata con il que-

stionario è risultata superiore a 200 fibre/ml $\cdot$ anni in 45 soggetti (83,3%). La spirometria ha evidenziato 10 deficit ostruttivi e 4 deficit misti nei soggetti fumatori ed ex fumatori, mentre in 40 casi l'esame è risultato nella norma. Sono stati diagnosticati 40 (74,1%) lesioni pleuriche (ispessimenti/placche) di cui bilaterali 27 (67,5%) e 9 casi di noduli singoli polmonari (16,7%). Nessun quadro radiologico e funzionale di interstiziopatia. Un nodulo (10 mm di diametro), sottoposto a biopsia, è risultato essere un amartoma condroide. Un altro nodulo (13 mm di diametro), è stato approfondito con PET TAC risultata negativa; il caso è tuttora sottoposto a follow-up. Nei restanti casi non si è evidenziata alcuna progressione dei noduli polmonari ai controlli radiologici successivi. Non sono state riscontrate negli invitati allo screening patologie maligne polmonari o pleuriche.

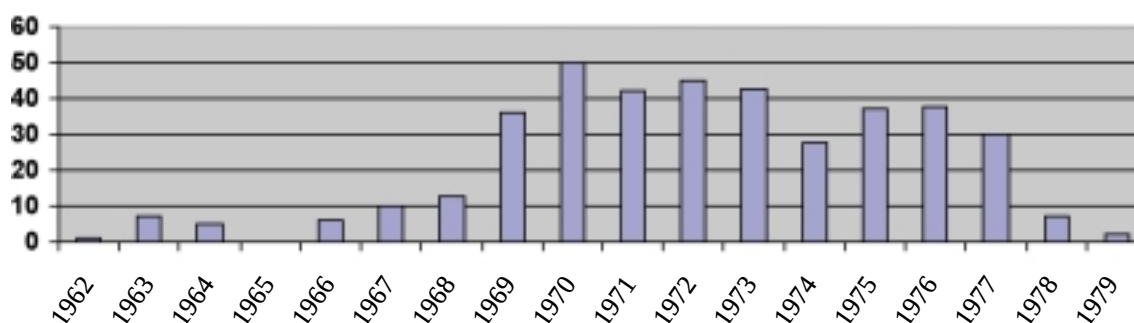
DISCUSSIONE

Il riscontro in elevata percentuale di ispessimenti/placche pleuriche nei lavoratori sottoposti a sorveglianza sanitaria dimostra una pregressa esposizione ad amianto ritenuta tra le più elevate nel territorio veneziano. L'abitudine al fumo di sigaretta ha influito nel decremento rilevato della funzione ventilatoria.² Inoltre, l'incidenza di mesoteliomi e tumori polmonari nell'intera coorte di lavoratori fanno ritenere indispensabile la continuazione e l'ampliamento dello screening e l'attivazione di uno studio di coorte.

BIBLIOGRAFIA

1. Magnani C, Agudo A, Gonzalez CA, Andron A, Calleja A, Chellini E, Dalmasso P, Escolar A, Hernandez S, Ivaldi C, Mirabelli D, Ramirez J, Turuguet D, Usel M, Terracini B. Multicentric study on malignant pleural mesothelioma and non-occupational exposure to asbestos. Br J Cancer 2000; 83 (1): 104-111.
2. F. Rui, R. De Zotti, C. Negro, M. Bovenzi. Studio longitudinale della funzione ventilatoria in ex-esposti ad asbesto con e senza placche pleuriche. Med Lav 2004;95,3:171-179.

Grafico 1 - Nr. navi con trasporto di amianto



LA CIRCOLARE INAIL SULLE PSICOPATOLOGIE DA STRESS E DISAGIO LAVORATIVO, COMPRESO IL “MOBBING”: UN UTILE STRUMENTO PER IL MEDICO DEL LAVORO



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Daniele Ditaranto
Sezione Lombarda*

PREMESSA

In base all'esperienza acquisita negli ultimi anni dall'esame di più di 200 pratiche, che hanno consentito in una trentina di casi il riconoscimento della natura professionale di patologie determinate da "costrittività organizzative", compreso il mobbing, l'INAIL ha elaborato la "Circolare Direzione Generale, Direzione Centrale Prestazioni Sovraintendenza Medica, INAIL 17 dicembre 2003, n. 71" avente per oggetto "Disturbi psichici da costrittività organizzativa sul lavoro. Rischio tutelato e diagnosi di malattia professionale. Modalità di trattazione delle pratiche".

La circolare (c.) contiene le istruzioni operative che, d'ora in poi, consentiranno alle Sedi dell'Istituto di definire i singoli casi senza preventivo parere della Direzione Generale.

I CONTENUTI DELLA CIRCOLARE

Di seguito una sintesi degli aspetti fondamentali.

Fattori di rischio e rischio tutelato

I riferimenti giuridici della posizione assunta dall'INAIL sul tema delle patologie psichiche determinate dalle condizioni organizzativo/ambientali di lavoro, sono la sentenza n. 179/1988 della Corte Costituzionale e l'art. 10, comma 4 del D. Lgs. n. 38/2000, in base ai quali sono malattie professionali non solo quelle tabellate (DPR n. 336/1994), ma anche tutte le altre di cui sia stata dimostrata la causa lavorativa.

Nell'interpretazione dell'INAIL, aderente all'evoluzione delle forme di organizzazione dei processi produttivi e alla crescente attenzione ai profili di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, la nozione di causa lavorativa non comprende soltanto la nocività delle lavorazioni che caratterizzano il ciclo produttivo, ma anche quella riconducibile all'organizzazione aziendale delle attività lavorative.

I disturbi psichici quindi possono essere considerati di origine professionale solo se sono causati, o concausati in modo prevalente, da specifiche o particolari condizioni dell'attività e dell'organizzazione del lavoro che l'Istituto individua in una serie di situazioni di "costrittività organizzativa".

Queste situazioni sono esplicitate in un elenco che riveste un imprescindibile valore orientativo per eventuali situazioni assimilabili anche se, specifica la circolare, le azioni finalizzate ad allontanare o emarginare il lavoratore rivestono rilevanza assicurativa solo se si concretizzano in una delle situazioni di costrittività organizzativa elencate:

- Marginalizzazione dall'attività lavorativa.
- Svuotamento delle mansioni.
- Mancata assegnazione di compiti lavorativi con inattività forzata.
- Mancata assegnazione di strumenti di lavoro.
- Ripetuti trasferimenti ingiustificati.
- Prolungata attribuzione di compiti dequalificanti rispetto al profilo professionale posseduto.
- Prolungata attribuzione di compiti esorbitanti o eccessivi anche in relazione a eventuali condizioni di handicap psico-fisici.
- Impedimento sistematico e strutturale all'accesso a notizie.
- Inadeguatezza strutturale e sistematica delle informazioni inerenti l'ordinaria attività di lavoro
- Esclusione reiterata del lavoratore rispetto ad iniziative formative, di riqualificazione e aggiornamento professionale.
- Esercizio esasperato ed eccessivo di forme di controllo.

Nel rischio tutelato può essere compreso anche il “mobbing strategico” specificatamente ricollegabile a finalità lavorative (si rammenta che, con riferimento alle Linee Guida ISPESL - Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro “Lo stress in ambiente di lavoro”, per mobbing strategico si intende “quella forma di pressioni psicologiche esercitate strategicamente dalle imprese (prevalentemente private) per promuovere l'allontanamento dal mondo del lavoro di soggetti diversamente scomodi”).

Le costrittività devono avere caratteristiche strutturali, durature ed oggettive e quindi essere verificabili e documentabili tramite riscontri altrettanto oggettivi e non suscettibili di discrezionalità interpretative.

Sono invece esclusi dal rischio tutelato:

- i fattori organizzativo/gestionali legati al normale svolgimento del rapporto di lavoro (nuova assegnazione, trasferimento, licenziamento),
- le situazioni indotte dalle dinamiche psicologico-relazionali comuni sia agli ambienti di lavoro che a quelli di vita (conflittualità interpersonali, difficoltà relazionali o condotte comunque riconducibili a comportamenti puramente soggettivi che, in quanto tali, si prestano inevitabilmente a discrezionalità interpretative).

Modalità di trattazione delle pratiche

Come per tutte le altre malattie non tabellate, è il lavoratore a dover produrre la documentazione idonea a supportare la sua richiesta per quanto concerne sia il rischio sia la malattia.

Per quanto riguarda l'indagine ispettiva, diversamente da quanto avviene per le altre malattie non tabellate, per le quali è prevista solo se necessaria, per queste patologie, esclusi i casi in cui già la prima fase istruttoria conclude negativamente il caso per l'assenza della malattia o per l'esclusione della sua origine professionale, l'INAIL procederà sempre ad una indagine ispettiva finalizzata a raccogliere prove testimoniali dei colleghi di lavoro, del DL, del RSPP e di ogni altra persona informata sui fatti allo scopo di:

- acquisire riscontri oggettivi di quanto dichiarato dal lavoratore,
- integrare gli elementi probatori prodotti dall'assicurato.

L'iter diagnostico

La circolare delinea i contenuti dell'iter diagnostico (anamnesi lavorativa, anamnesi fisiologica, anamnesi patologica remota e prossima, indagini neuropsichiatriche, test psicodiagnostici) da seguire ai fini di una uniforme trattazione medico-legale dei casi denunciati all'Istituto.

In tale ambito da sottolineare l'imprescindibilità della visita e della relazione neuropsichiatria rispetto alla quale gli stessi test psicodiagnostici hanno un valore integrativo ma non sostitutivo.

La diagnosi medico legale

La circolare è tassativa nell'indicare per l'inquadramento nosografico i seguenti due quadri morbosi:

1. la sindrome (disturbo) da disadattamento cronico,
2. la sindrome (disturbo) post-traumatico da stress cronico.

In correlazione ai rischi in argomento, la diagnosi più comune è il disturbo da disadattamento cronico. La diagnosi di disturbo post-traumatico da stress assume connotazioni più estreme potendo anche fare riferimento a eventi acuti di carattere “minaccioso” tali da trovare naturale collocazione nell'ambito dell'infortunio lavorativo.

Ai fini della diagnosi differenziale sono da escludere:

1. le sindromi e i disturbi psichici riconducibili a patologie d'organo e/o sistemiche, all'abuso di farmaci o all'uso di sostanze stupefacenti,
2. sindromi psicotiche di natura schizofrenica, sindrome affettiva bipolare, maniacale, gravi disturbi della personalità.

Valutazione del danno biologico permanente

La tabella delle menomazioni di cui al D M 12 luglio 2000, relativa alla valutazione del danno biologico in



ambito INAIL, prevede la presenza di due voci che attengono entrambe al solo disturbo post-traumatico da stress cronico di grado moderato (voce 180) e severo (voce 181).

Per la valutazione del danno biologico anche da disturbo da disadattamento cronico, la circolare chiarisce che anche se questo quadro menomativo riconosce origini diverse da quello del disturbo post-traumatico, essi presentano conseguenze per la sfera psichica sovrapponibili e coincidenti.

Pertanto l'intervallo valutativo riportato per il disturbo post-traumatico offre un adeguato riferimento per consentire, in analogia, la valutazione del danno biologico anche da disturbo da disadattamento.

CONSIDERAZIONI

Al di là dell'importanza intrinseca del documento, ritengo che esso possa costituire per il medico del lavoro/competente un utile grimaldello per introdurre in azienda alcuni temi di grande rilevanza e attualità.

Infatti può essere lo strumento decisivo per superare le ultime resistenze ad affrontare temi come lo stress/disagio psicologico nell'ambiente di lavoro ed il mobbing nel processo aziendale di valutazione dei rischi professionali.

In tale ambito non va neanche sottovalutato il fatto che dall'esame della circolare dell'INAIL possono emergere alcune interessanti indicazioni per l'implementazione di una policy aziendale su questi temi o, per chi l'avesse già fatto, per un suo miglioramento.

Infatti data la natura delle malattie in argomento, è chiaro che l'elaborazione di una specifica policy aziendale incentrata su una efficace informazione e formazione di tutte le figure aziendali con compiti, a qualsiasi livello, di gestione della risorsa umana, può costituire una fondamentale misura preventiva.

Naturalmente il medico del lavoro/competente deve essere uno dei protagonisti di questa elaborazione.

Nonostante la valutazione del rischio, l'intervento sulle situazioni di costrittività evidenziate e la policy, è ovviamente possibile che si possano presentare dei casi sospetti. Di essi il medico del lavoro/competente potrebbe venirne a conoscenza in occasione di una visita di sorveglianza sanitaria o di una visita richiesta ex art 17, comma 1, lettera i) del D. Lgs. n. 626/94.

Al di là di quello che sarà l'iter assicurativo che il lavoratore vorrà attivare, è ovvio che dal punto di vista preventivo questi casi dovranno essere "processati" anche in azienda. A tale proposito, anche alla luce delle modalità di trattazione delle pratiche previste dalla circolare, la mia esperienza indica che può essere opportuno prevedere una specifica procedura che comporta una indagine conoscitiva gestita dalle Risorse Umane sulla linea del lavoratore e prevede, per gli aspetti sanitari, nei casi in cui sia possibile, il coinvolgimento del medico del lavoro/competente.

I VANTAGGI DELLA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE IN AMBITO LAVORATIVO: COME ORGANIZZARE UNA EFFICACE CAMPAGNA VACCINALE



CONTRIBUTI E ARTICOLI ORIGINALI

*Mario Lanfredini
Azienda Ospedaliera
San Paolo - Milano
Direttore Divisione di Medicina I*

DIMENSIONE DEL PROBLEMA INFLUENZA

L'influenza rappresenta ancora una malattia infettiva ad alta contagiosità con elevato tasso di morbilità e mortalità ed è la terza causa di morte per patologia infettiva in Italia.

Nel corso delle epidemie il tasso d'attacco dell'infezione varia dal 5% al 30%, con inevitabili ripercussioni sull'attività lavorativa e sulla funzionalità dei servizi.

L'influenza rimane quindi un problema sociale ad alto costo con ripercussioni sanitarie ed economiche evidenti sia nell'ambito della comunità sia del singolo individuo coinvolgendo lavoro e famiglia; sul piano strettamente economico la perdita di giornate produttive rappresenta la voce più sostanziosa nei costi complessivi causati da tale patologia (1).

Ciò nonostante le conseguenze non solo cliniche, ma anche sociali ed economiche dell'influenza sulla popolazione adulta sana sono tuttora sensibilmente sottovalutate.

I VANTAGGI DELLA PREVENZIONE

La possibilità di prevenire l'influenza mediante vaccino ed i favorevoli rapporto rischio-beneficio e costo-beneficio dell'intervento fanno sì che la prevenzione dell'influenza sia da tempo oggetto di piani di programmazione sanitari.

Per quanto attiene più strettamente l'ambito lavorativo, valutazioni effettuate negli anni più recenti indicano il chiaro vantaggio costituito dalla protezione dei lavoratori attraverso la vaccinazione antinfluenzale, in particolare quelli esposti ad un maggiore rischio di contagio (come i lavoratori a contatto con il pubblico) anche per evitare così la diffusione della malattia nell'ambiente di lavoro stesso e nella comunità. Infatti il beneficio di una strategia vaccinale antinfluenzale non si limita al solo vaccinato, ma si estende a tutta la popolazione aziendale riducendo, ovviamente, la possibilità di contagio (2).

Dal punto di vista socio-economico questa misura porta ad un importante beneficio sociale consistente in una riduzione del carico della malattia, in particolare dei costi diretti legati alle cure mediche ed indiretti legati all'assenteismo nei luoghi di lavoro; la vaccinazione antinfluenzale riduce l'incidenza della malattia negli adulti sani del 70-90%, le visite mediche del 33-44%, le assenze dal lavoro del 32-45% (3).

Il rapporto tra risorse impiegate per organizzare e gestire la campagna antinfluenzale all'interno dell'azienda e risparmio dovuto alla riduzione delle assenze per malattia ed alle possibili modificazioni dell'organizzazione del lavoro risulta molto favorevole (4, 5, 6).

Sulla base di quanto esposto, la vaccinazione antinfluenzale eseguibile nell'ambito delle attività previste dal D.Lgs. 626/94 e successive modifiche, costituisce un intervento preventivo di notevole interesse.

Per tutti questi motivi si può ritenere altamente opportuno proporre in Azienda l'attivazione di una campagna antinfluenzale, sottolineando il fatto che tale misura preventiva riduce la probabilità di diffusione della malattia non solo nell'ambito strettamente lavorativo, ma anche nell'ambito familiare del singolo lavoratore con un significativo beneficio in particolare laddove siano presenti bambini o anziani.

ORGANIZZARE LA CAMPAGNA VACCINALE

Per quanto attiene alle modalità pratiche di esecuzione, una efficace campagna antinfluenzale, in ambito lavorativo, deve essere accompagnata da una serie di misure necessarie ad implementare l'attuazione, motivando nel contempo, Azienda e singolo lavoratore.

Stratega di una efficace ed efficiente campagna vaccinale non può che essere il Medico Competente d'Azienda. La trasmissione alla dirigenza aziendale dei concetti e dei vantaggi, anche economici, sopra riportati trova oggi maggiore accoglienza ed interesse rispetto al passato; prova ne è il netto aumento negli anni più recenti delle campagne vaccinali antinfluenzali promosse nelle aziende. Oltre ai suddetti vantaggi di ordine sociale ed economico potrà essere opportuno informare la direzione aziendale di altri connotati della vaccinazione di sicuro interesse per l'Azienda, come la possibilità della sua esecuzione presso idoneo locale dell'Azienda medesima, la buona tollerabilità dei vaccini, la brevità del tempo di esecuzione della vaccinazione e quindi la necessità di una interruzione molto breve dell'attività lavorativa, l'acquisizione in ogni caso di un idoneo consenso informato, il rispetto delle norme di tutela della privacy, ecc...

Acquisito il consenso e l'approvazione della direzione aziendale, deve ovviamente essere messa in atto una corretta e capillare campagna informativa; l'esperienza insegna come tale campagna promozionale non possa essere genericamente rivolta a tutto il personale dipendente, ma per non perdere efficacia, debba essere indirizzata al singolo lavoratore con i mezzi, cartacei od elettronici, che l'Azienda riterrà più opportuni.

L'informativa rivolta al lavoratore dovrà al minimo contenere le seguenti notizie:

- Un'introduzione sull'opportunità ed i vantaggi della vaccinazione per il lavoratore e per i suoi congiunti non sottacendo i vantaggi per l'Azienda stessa.

- Una chiara indicazione delle modalità di adesione all'iniziativa.
- Il luogo di esecuzione della vaccinazione, delle modalità e dei tempi di esecuzione della stessa specificandone la volontarietà e la gratuità.
- Una breve ma esplicita indicazione delle controindicazioni e dei possibili effetti collaterali.
- Dovrà essere evidenziato che, prima dell'esecuzione della vaccinazione, sarà consegnato al lavoratore una breve nota sulla stessa da leggere e sottoscrivere quale "consenso informato".

Quest'ultimo, consegnato immediatamente prima della vaccinazione, dovrà contenere una breve presentazione del vaccino antinfluenzale utilizzato che ne specifichi le caratteristiche principali, la sede e la modalità di somministrazione nonché i tempi di induzione della risposta anticorpale; dovranno essere specificati in maniera chiara e comunemente comprensibile le controindicazioni ed i possibili effetti indesiderati esplicitando con chiarezza sia quelli più lievi ed occasionali sia quelli più gravi e rari. La sottoscrizione del "consenso informato" dovrà ovviamente contenere la dichiarazione della sua avvenuta lettura, della ottenuta possibilità di porre domande al medico, della effettiva comprensione del contenuto del "consenso" medesimo ed infine dell'accettazione a sottoporsi alla vaccinazione antinfluenzale.

Per quanto riguarda le caratteristiche del vaccino antinfluenzale da proporre, anche in ambito lavorativo, è senza dubbio opportuno effettuare la scelta non limitandosi a valutare il solo costo, ma analizzando attentamente le caratteristiche immunologiche e la tollerabilità (7). Negli ultimi anni, infatti, ai vaccini subvirionici (split e sub-unit) che hanno sostituito i vaccini a virus intero non più in commercio, si sono affiancati i vaccini adiuvati.

In Italia i vaccini adiuvati sono di due tipi; uno utilizza come adiuvante un'emulsione acqua-olio, l'altro il Virosoma (liposoma totalmente biocompatibile) con alto profilo di tollerabilità (8, 9). Tali vaccini, oltre ad essere in grado di evocare una efficace risposta immunitaria (grazie all'attivazione della via umorale), possiedono l'importante caratteristica di una efficacia particolarmente prolungata nel tempo (grazie all'attivazione della via cellulo mediata del sistema immunitario) (10, 11, 12).

Occorre, però, ricordare che i due adiuvanti hanno profili di tollerabilità differenti: infatti analizzando gli studi pubblicati (13, 14) e le schede tecniche dei vaccini adiuvati registrati e commercializzati nell'anno 2003-2004 si può notare che solo il vaccino che utilizza il

Virosoma come carrier-adiuvante può essere somministrato anche ai soggetti in età lavorativa.

Questa caratteristica rende tali vaccini di particolare interesse, dal momento che l'attuale mercato del lavoro è caratterizzato da una grande mobilità delle persone, con conseguenti occasioni di possibile contagio più dislocate nel tempo durante l'intero anno solare per chi viaggia o incontra persone provenienti da paesi lontani.

L'auspicio è che l'affermarsi di una pratica vaccinale antinfluenzale anche in ambito lavorativo e la sua progressiva diffusione permetteranno di ottenere evidenti benefici a vantaggio dell'intera collettività riducendo l'impatto di una patologia socialmente e clinicamente rilevante.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- 1 Carrat F, Sahler C, Rogez S, Leruez-Ville M, Freymuth F, Le Gales C, Bungener M, Housset B, Nicolas M, Rouzioux C. Influenza burden of illness: estimates from a national prospective survey of household contacts in France. *Arch Intern Med.* 2002; 162(16): 1842-8.
- 2 Colombo G.L., Nicosia V, Lesma A, Madera A, Caruggi M, Serra G., Analisi costi-benefici di una strategia vaccinale antinfluenzale condotta presso una società del gruppo ENI PharmacoEconomics-Italian Research Articles 3 (2): 71-80.2001.
- 3 Posma MJ, Jansema P, van Genugten MLL, et al. Pharmacoeconomics of influenza for healthy working adults. *Drugs* 2002;62:1013-1024.
- 4 Akazawa M, Sindelar JL, Paltiel AD. Economic costs of influenza-related work absenteeism. *Value Health.* 2003; 6(2): 107-15.
- 5 Wilde JA, McMillan JA, Serwint J, Butta J, O'Riordan MA, Steinhoff MC. Effectiveness of influenza vaccine in health care professionals: a randomized trial. *JAMA.* 1999; 281(10): 908-13.
- 6 Bridges CB, Thompson WW, Meltzer MI, Reeve GR, Talamonti WJ, Cox NJ, Lilac HA, Hall H, Klimov A, Fukuda K. Effectiveness and cost-benefit of influenza vaccination of healthy working adults: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2000; 284(13): 1655-63.
- 7 Gasparini R, Lucioni C, Mazzi S, Pregliasco F, Sandrini C. Adjuvanted virosomal vaccine vs conventional vaccine for the control of influenza in the elderly. Economic evaluation. *J Prev Med Hyg.* 2001; 42.
- 8 Gluck R. Attività adiuvante dei virosomi immunopotenzianti dell'influenza ricostituiti. *Vaccine* 1999; 17: 1782-1787.
- 9 Cryz SJ, Que JU, Gluck R. La somministrazione dei vaccini virosomali non induce lo sviluppo di anticorpi anti-fosfolipidi nell'uomo. *Vaccine* 1996; 14(14): 1381-1383.
- 10 Pregliasco F, Mensi C, Serpilli W, et al. Immunogenicity and safety of three commercial influenza vaccines in institutionalized elderly. *Aging Clin Exp Res* 2001; 13: 38-43.
- 11 Mensi C, et al. Humoral and cell-mediated immune response to a virosomal influenza vaccine in healthy elderly. *Journal Of Preventive Medicine And Hygiene* 2001; 42: 116-121.
- 12 Pregliasco F, Giardini G, Sandrini MC, et al. Protective efficacy of Inflexal V in Elderly. *Proceeding on scientific symposium on vaccination against influenza, Kemi, Finland, march 21-24 2002.*
- 13 Zanasi A, Tumietto F, Costigliola P. Vaccinazione antinfluenzale in soggetti affetti da BPCO. *Analisi retrospettiva. Med Tor* 2000; 22: 1-6.
14. Zamparo M, Conversano M, Mastronuzzi L., et al. Comparison of the safety and immunogenicity of two adjuvanted influenza vaccines in elderly subjects. The 1st International Conference on Influenza Vaccines for the World - Poster 1, Session A).

Influenza?

Dai le risposte Giuste!



Inflenza® V

L'antinfluenzale adatto a tutte le fasce d'età

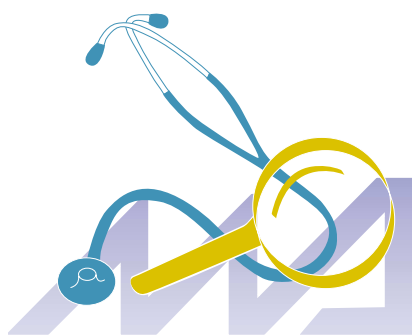


● Assenza di thiomersal.*

1) Scheda tecnica 2) Pregliasco F et al., Immunogenicity and safety of three commercial influenza vaccines in institutionalised elderly. *Aging Clin Exp Res* 13,2001. 3) Conne R, Gauthier L, Vernet P et al., Immunogenicity of trivalent subunit versus virosome-formulated influenza vaccine in geriatric patients. *Vaccine* 15, 1997. 4) Kanra G, Marchisio P, Feiterna-Sperling C, Gaedcke G, Lazar H, Durrer F, Kuesteiner O, Herzog C. Comparison of immunogenicity and tolerability of a virosome-adijuvanted and a split influenza vaccine in children. *Pediatr Infect Dis J* 23, 2004. 5) Herzog C., Metcalfe LC, Schaad UB. Virosome influenza vaccine in children. *Vaccine* 20, 2002. 6) Zanetti A, Amendola A, Besana S, Boschini A, Tanzi E. Safety and immunogenicity of influenza vaccination in individuals infected with HIV. *Vaccine* 20, 2002. 7) Gaeta G, Stomaiuolo G, Precone D, Amendola A, Zanetti A. Immunogenicity and safety of an adjuvanted influenza vaccine in patients with decompensated cirrhosis. *Vaccine* 20, 2002.

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO. 1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE INFLENZA® V. Sospensione iniettabile Vaccino influenzale (antigene di superficie, inattivato, virosomale) Stagione 2003/2004. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA** Antigene di superficie del virus dell'influenza, inattivato, virosomale, contenente antigeni*: A/Moscow/10/99 (H3N2) (A/Panama/2007/99 RESVIR-17); 15 microgrammi***. A/New Caledonia/20/99 (H1N1) (A/New Caledonia/20/99 MR-116); 15 microgrammi***. B/Hong Kong/330/2001 (B/Shanghai/7/97); 15 microgrammi*** per ogni dose da 0,5 ml. (*propagati in uova di gallina, **emioagglutina) Inflenza® V è un vaccino influenzale inattivato formulato con virosomi come sistema carrier/adiuvante, composto da antigeni di superficie altamente purificati dei ceppi A e B del virus dell'influenza propagati in uova embrionate di gallina. Questo vaccino è conforme alle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Emisfero Nord) ed alle decisioni dell'Unione Europea per la stagione 2003/2004. Per gli eccipienti vedere la Sezione 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA** Sospensione iniettabile. **4. INFORMAZIONI CLINICHE 4.1 Indicazioni terapeutiche** Profilassi dell'influenza, specialmente nei soggetti che corrono un maggiore rischio di complicazioni associate. **4.2 Posologia e modo di somministrazione** Adulti e bambini dai 36 mesi in su: 0,5 ml. Bambini dai 6 ai 35 mesi: i dati clinici sono limitati. Sono stati utilizzati dosaggi di 0,25 ml o 0,5 ml. Per i bambini che non sono stati precedentemente vaccinati deve essere somministrata una seconda dose dopo un intervallo di almeno 4 settimane. L'immunizzazione deve essere effettuata mediante iniezione intramuscolare o sottocutanea profonda. **4.3 Controindicazioni** (ipersensibilità ai principi attivi, ad uno qualsiasi degli eccipienti, alle uova, alle proteine del pollo, alla polimixina B ed alla neomicina. L'immunizzazione deve essere rimandata nei pazienti con affezioni febbrili o infezione acuta. **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni di impiego** Come per tutti i vaccini iniettabili, un appropriato trattamento e controllo medico devono essere sempre prontamente disponibili nel caso di una rara reazione anafilattica conseguente alla somministrazione del vaccino. Il vaccino (Inflenza® V) non deve in nessuna circostanza essere somministrato per via intravascolare. La risposta anticorpale può essere insufficiente nei pazienti con immunosoppressione endogena o iatrogena. **4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione** Il vaccino (Inflenza® V) può essere somministrato contemporaneamente ad altri vaccini. L'immunizzazione deve però essere effettuata in arti differenti. Deve essere considerato che la somministrazione contemporanea può intensificare le reazioni avverse. La risposta immunologica può essere ridotta se il paziente è in trattamento con farmaci immunosoppressori. In seguito alla vaccinazione influenzale, possono essere ottenuti risultati falsi positivi nei test sierologici, mediante il metodo ELISA, per identificare gli anticorpi verso l'HIV-1, il virus dell'epatite C e, soprattutto, l'HTLV-1. In tali casi il metodo Western Blot è negativo. Questi risultati falsi positivi transitori potrebbero essere dovuti alla produzione di IgM in risposta al vaccino. **4.6 Gravidanza e allattamento** I dati limitati delle vaccinazioni in donne gravide non indicano che gli esiti avversi fetali e materni sono attribuibili al vaccino. L'uso di questo vaccino può essere considerato dal secondo trimestre di gravidanza. Per le donne in gravidanza, con condizioni mediche che aumentano il rischio di complicazioni derivanti dall'influenza, la somministrazione del vaccino è raccomandata indipendentemente dal periodo della gravidanza. Il vaccino (Inflenza® V) può essere usato durante l'allattamento. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** È improbabile che il vaccino determini effetti sulla capacità di guidare e di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Reazioni avverse da studi clinici: La sicurezza dei vaccini influenzali inattivati trivalenti è valutata in studi clinici aperti, non controllati, effettuati come requisito per l'aggiornamento annuale, che includono almeno 50 adulti di 18-60 anni di età ed almeno 50 anziani di età maggiore o uguale a 60 anni. La valutazione della sicurezza è effettuata durante i 3 giorni successivi alla vaccinazione. Gli effetti indesiderati riportati sono elencati secondo la seguente frequenza. Eventi avversi da studi clinici: Comuni (>1/100, <1/10): Reazioni locali: arrossamento, gonfiore, dolore, eritema, indurimento. Reazioni sistemiche: febbre, malessere, brividi, stanchezza, cefalea, sudorazione, mal di gola, artralgia. Generalmente queste reazioni scompaiono entro 1-2 giorni senza trattamento. Inoltre dalla sorveglianza post-marketing, sono stati riportati i seguenti eventi avversi: Non comuni (>1/1.000, <1/100): Reazioni cutanee generalizzate, che includono prurito, orticaria o rash non specifici. Rari (>1/10.000, <1/1.000): nevralgia, parestesia, convulsioni, trombocitopenia transitoria. Sono state segnalate reazioni allergiche, che in rari casi hanno condotto allo shock. Molto rari (<1/10.000): Vasculite con interessamento renale transitorio, Disturbi neurologici, quali encefalite, mielite, nevrite e sindrome di Guillain Barré. **5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE 5.1 Proprietà farmacodinamiche** La sieroprotezione si ottiene generalmente entro 2-3 settimane. La durata dell'immunità postvaccinale verso ceppi omologhi o ceppi strettamente correlati a quelli contenuti nel vaccino varia ma solitamente è di 6-12 mesi. **5.2 Proprietà farmacocinetiche** Non applicabile. **5.3 Dati pre-clinici di sicurezza** Non applicabile. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE 6.1 Elenco degli eccipienti** Cloruro di sodio, sodio fosfato dibasico diidrato, potassio fosfato monobasico, lecitina, acqua per preparazioni iniettabili. **6.2 Incompatibilità** Poiché non sono stati condotti studi di compatibilità, Inflenza® V non deve essere miscelato con altri prodotti medicinali. **6.3 Periodo di validità** 1 anno. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione** Conservare in frigorifero (tra 2°C e 8°C). Non congelare: il vaccino inavvertitamente congelato non deve essere usato. Proteggere dalla luce. **6.5 Natura e contenuto del contenitore** 0,5 ml di sospensione in siringa pre-riempita (vetro tipo I) - confezione da 1 o da 10. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione** Il vaccino deve essere portato a temperatura ambiente prima di iniettarlo. Agitare prima dell'uso. Quando è indicata una dose da 0,25 ml, la siringa pre-riempita deve essere tenuta in posizione verticale e deve essere eliminato metà del volume. Iniettare il volume rimasto. **7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** Titolare AIC: Istituto Sieroterapico Berna S.r.l. Via Bellinzona 39 22100 COMO Italia **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO** 033658016, 033658028, 033658055/M, 033658067/M **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE** 20.07.1998/04.2003 **10. DATA DI APPROVAZIONE/REVISIONE DEL TESTO** Marzo 2004.

UNA ESPERIENZA DI GESTIONE AZIENDALE DEL COLLOCAMENTO MIRATO DEI DISABILI



ESPERIENZE E MATERIALI DI LAVORO

*Daniele Ditaranto
Sezione Lombarda*

PREMESSA

L'entrata in vigore della nuova legge per il diritto al lavoro dei disabili, la n. 68 del 12 marzo 1999, abbia negli ultimi anni facilitato il collocamento dei disabili nel mondo del lavoro, avendo introdotto alcuni elementi innovativi, come i servizi di sostegno e di collocamento "mirato" (artt. 2 e 6) e, soprattutto, le agevolazioni fiscali per le assunzioni ed i rimborsi per le spese sostenute per adeguare i posti di lavoro da assegnare ai disabili al fine di renderli compatibili con le loro condizioni (art. 13).

Nel frattempo anche la Circolare del Ministero dell'Interno 1° marzo 2002, n. 4, ha richiamato l'attenzione su un altro aspetto molto importante del collocamento dei disabili e cioè quello della valutazione della sicurezza antincendio e, conseguentemente, della gestione delle emergenze nei luoghi di lavoro ove siano presenti persone disabili tema, peraltro, già affrontato nei suoi criteri generali al punto 8.3 dell'Allegato VIII del D.M. (Interni) del 10 marzo 1998.

Di seguito, dopo aver brevemente inquadrato i fondamentali presupposti giuridici del coinvolgimento del m.c. nella gestione aziendale delle disabilità, sarà illustrata una esperienza sul tema.

IL RUOLO DEL MEDICO COMPETENTE

Come specificato all'art. 1, c. 1, la finalità della legge n. 68/99 non è soltanto la promozione dell'inserimento del disabile, ma anche la promozione della sua "integrazione lavorativa nel mondo del lavoro", presupposto fondamentale per la realizzazione della sua integrazione sociale.

Al successo di questa integrazione deve concorrere in modo determinante anche il medico competente (m.c.).

Infatti se prima dell'argomento "disabili" si erano occupati soltanto i medici legali, la profonda innovazione che l'art. 2, c. 1 della legge n. 68/99 ha introdotto con il collocamento "mirato" e con la valutazione della "capacità lavorativa" residua alle minorazioni del disabile, comporta il coinvolgimento del m.c. sostanzialmente per due ordini di motivi:

- il presupposto del collocamento "mirato" e cioè dell'offerta di lavoro ai disabili, consiste nella descrizione accurata del posto di lavoro, della mansione, delle qualità necessarie per espletarla e degli organi e apparati sollecitati durante il suo svolgimento. Pertanto appare indispensabile la collaborazione del m.c. con il datore di lavoro in questa descrizione compresa quella dei posti di lavoro e delle mansioni che l'azienda rende disponibili per il collocamento mirato dei disabili. Questa descrizione è un adempimento determinante per il successo dell'integrazione lavorativa del disabi-

le visto che la sua idoneità è relativa al posto di lavoro e alla mansione descritta preventivamente e, rispetto a quest'ultima, deve essere valutata anche l'eventuale sopravvenuta inidoneità.

- le previsioni della legge 66/99, ai fini del campo di applicazione, fanno riferimento alle minorazioni permanenti cioè al "danno permanente" oggetto tipico dell'accertamento medico-legale dell'invalidità; invece, ai fini dell'occupazione, fanno riferimento alla valutazione della "capacità lavorativa residua" e della "idoneità alla mansione" del disabile, tipicamente di competenza della medicina del lavoro, apprezzabili come variabili indipendenti dal grado di invalidità per cui il m.c. può accertare in un invalido di qualunque grado una capacità di lavoro anche pari al 100% per le mansioni specifiche e cioè la piena idoneità.

L'ESPERIENZA

L'azienda è una grande impresa operante nel settore del terziario che ha iniziato l'attività nella metà degli anni novanta ed è tuttora in espansione.

Tutta la popolazione lavorativa è sottoposta a sorveglianza sanitaria per il rischio "uso di attrezzature munite di videoterminale" (Titolo VI D. Lgs. 626/94).

Alcuni lavoratori sono in sorveglianza sanitaria pure per il rischio "lavoro notturno" (D. Lgs. 532/99) e molti altri anche per ulteriori fattori di rischio per la salute "valutati" in base all'art. 4, c. 1 del D. Lgs. 626/94.

In accordo con le previsioni dell'art. 30, c. 4 e 5 de D. Lgs. 626/94, nella progettazione e nella strutturazione dei luoghi di lavoro si tiene conto anche degli "eventuali lavoratori portatori di handicap".

Nel 1998, con l'entrata in vigore del D.M. 10 marzo 1998, è stata elaborata dal Servizio di Prevenzione e Protezione (SPP), di concerto con il m.c., una Istruzione Operativa che, basandosi sui criteri generali stabiliti al punto 8.3 dell'Allegato VIII al decreto, fornisce le indicazioni per formare ed addestrare i lavoratori incaricati per la gestione delle emergenze (addetti all'emergenza) sulle modalità con cui prestare assistenza ai lavoratori disabili per l'evacuazione dal luogo di lavoro in caso di emergenza.

In sintesi i disabili cognitivi e percettivi devono essere guidati dagli addetti all'emergenza lungo tutto il percorso delle vie di esodo fino al punto di raccolta; per i disabili motori che utilizzano sedie a rotelle l'Istruzione descrive e visualizza anche le tecniche per il superamento delle barriere architettoniche (ad esempio scale e salite).

L'applicabilità dell'Istruzione è prevista anche per le "eventuali altre persone" disabili (visitatori, consulenti, clienti...) che possono accedere ai luoghi di lavoro.

A tale proposito nell'Istruzione è previsto che l'addetto all'emergenza effettui una specifica ricognizione nei locali di evacuare, mentre nella brochure sui comportamenti da adottare in caso di emergenza, malore o infortunio, in distribuzione a tutti i visitatori in ogni sede aziendale, i visitatori disabili, una volta pre-allertati dagli allarmi ottico-acustici, sono invitati a richiamare l'attenzione degli altri lavoratori per essere assistiti.

Nel 2002, con la pubblicazione della Circolare del Ministero dell'interno 1° marzo 2002, n. 4, è stata verificata la conformità di questa Istruzione alle Linee guida delineate dalla Circolare.

Dal 2000, con l'entrata in vigore della nuova normativa sul diritto al lavoro dei disabili, il loro collocamento nell'azienda ha avuto una forte accelerazione.

Un team costituito dalle Risorse Umane (RU), dal SPP e dal m.c., ha individuato i posti di lavoro e le mansioni disponibili per il collocamento mirato dei lavoratori disabili, da inserire nel prospetto previsto dall'art. 9, c. 6 della legge n. 68/99.

Il loro collocamento avviene in attività di vario genere ma tutte sostanzialmente riconducibili al lavoro d'ufficio incentrato sull'uso del videoterminale.

Al fine di promuovere l'inserimento e, soprattutto, l'integrazione lavorativa dei disabili, il SPP, il m.c. e le RU hanno condiviso una specifica Istruzione Operativa finalizzata a verificare nei luoghi di lavoro individuati per il loro collocamento la presenza dei requisiti tecnici ed organizzativi, attinenti la salute e sicurezza sul lavoro, idonei ad assicurarli.

L'Istruzione prevede il seguente flusso.

- RU segnala al m.c. ed al SPP il luogo ed il posto di lavoro individuati per il collocamento mirato del lavoratore disabile.
- Il m.c. ed il SPP verificano, in funzione del tipo di disabilità, i requisiti:
 - di accessibilità del luogo di lavoro: presenza/assenza di barriere architettoniche che ostacolano l'agibilità dei percorsi/passaggi per il raggiungimento del posto di lavoro e per lo spostamento dal posto di lavoro verso le uscite di sicurezza o verso le aree di servizio (gabinetti, ristoro/relax); adeguatezza delle attrezzature di queste aree;
 - del posto di lavoro: adeguatezza degli arredi; adeguatezza e agibilità degli spazi; compatibilità

della situazione ambientale in particolare illuminotecnica;

- delle attrezzature di lavoro: in funzione del tipo di disabilità viene valutata la “usabilità” sia del software che del hardware;
- per le emergenze: applicabilità dell’Istruzione Operativa aziendale per l’evacuazione dei disabili in caso di emergenza.

- Il m.c. ed il SPP al termine della verifica reportizzano a RU l’adeguatezza dei requisiti o le eventuali azioni correttive da intraprendere per renderli compatibili con l’inserimento e l’integrazione del lavoratore disabile

Le azioni correttive più frequenti riguardano i cambiamenti dei lay-out per il miglioramento dell’agibilità dei percorsi e degli spazi o della fruibilità degli arredi, e l’adozione di “tecnologie assistive” o “ausili” e cioè, con riferimento alla Circolare 6 settembre 2001 dell’Autorità per l’Informatica nella Pubblica Amministrazione (AIPA), “soluzioni tecniche, hardware e software, che permettono di superare o ridurre le condizioni di svantaggio dovute ad una specifica disabilità”.

L’Istruzione prevede che presso il m.c. ed il SPP venga istituito e aggiornato un database con l’indicazione della collocazione del luogo e del posto di lavoro dei lavoratori disabili nelle varie sedi aziendali.

Il database è molto utile al SPP per poter dare concreta attuazione all’Istruzione Operativa per l’evacuazione dei disabili permettendo la comunicazione dell’esatta ubicazione dei posti di lavoro da essi occupati agli addetti all’emergenza delle varie sedi aziendali.

Recentemente, per l’ulteriore miglioramento della gestione delle eventuali emergenze, in funzione del tipo e grado di disabilità, ai fini dell’attuazione dell’evacuazione, sono stati differenziati tre “gradi di autonomia”:

1. Insufficiente: disabile che per effettuare una evacuazione rapida deve essere trasportato/accompagnato (ad esempio disabile motorio su carrozzella, non vedente, non udente, con grave deficit intellettivo).
2. Sufficiente: disabile che in caso di evacuazione rapida necessita soltanto di un monitoraggio al fine di rilevare tempestivamente le eventuali difficoltà che possono imporre un’assistenza (ad esempio disabile con deambulazione assistita o claudicante, ipovedente o ipoudente, con lieve deficit intellettivo).
3. Buono: disabile che, in genere, non necessita di aiuto per effettuare un’evacuazione rapida (disabili non motori e non percettivi).

L’assegnazione del grado di autonomia ad ogni lavoratore disabile è compito del m.c. in occasione degli accertamenti sanitari preventivi all’assunzione (vedi più avanti).

Ovviamente anche questa informazione viene fornita agli addetti all’emergenza per consentire loro di stabilire il quadro delle priorità.

Inoltre, in occasione della formazione degli addetti all’emergenza viene richiamata la loro attenzione anche sul fatto che qualsiasi persona, in rapporto a situazioni patologiche contingenti o anche fisiologiche come la gravidanza, può andare incontro a stati di disabilità transitoria che possono inficiare in modo più o meno rilevante il loro grado di autonomia in caso di necessità di evacuazione rapida.

L’applicabilità dell’Istruzione per l’evacuazione dei disabili, oltre che nelle periodiche prove di evacuazione ex art. 12 D. Lgs. 626/94, si è potuta verificare anche in due reali situazioni di pericolo occorse recentemente in altrettante sedi aziendali.

Ritornando all’Istruzione Operativa per la verifica dei requisiti per l’inserimento e l’integrazione lavorativa del disabile ed esaminandone il flusso, risulta che il m.c. ed il SPP, in collaborazione, verificano i requisiti relativi al luogo, al posto ed alle attrezzature di lavoro, e quelli per la gestione delle emergenze, ma non i requisiti relativi alla mansione.

Infatti la verifica dei vari requisiti operativi ed organizzativi della mansione è compito peculiare del m.c. quando accerta la compatibilità tra la capacità lavorativa residua del disabile e la mansione specifica individuata per il suo collocamento mirato in occasione degli accertamenti sanitari preventivi e periodici.

In azienda, in base all’esame della normativa (artt. 4, c. 5, c) e 16 D. Lgs. 626/94; art. 10, c. 2 legge 68/99), della giurisprudenza (sentenza n. 354 del 13 novembre 1997 della Corte costituzionale) e della letteratura, si è infatti ritenuto che il m.c., nell’ambito delle sue funzioni ed indipendentemente dall’esito dell’accertamento dell’handicap effettuato dall’apposita commissione medica ex art. 4 della legge n. 104/92, sia comunque tenuto ad esprimere questo giudizio di compatibilità sia in fase preventiva che periodica.

Nel corso dei primi sei mesi del 2003 sono stati collocati nelle sole sedi aziendali di Milano ventitre disabili.

In nessun caso è stata accertata una incompatibilità e, conseguentemente, non si è mai reso finora necessario il ricorso alla già citata commissione medica.

Talvolta l’accertamento della compatibilità è avvenuto anche attraverso specifiche prescrizioni o limitazioni

derivanti proprio dalla verifica dell'idoneità dei requisiti della mansione ai fini dell'inserimento e dell'integrazione lavorativa del disabile.

RIFERIMENTI NORMATIVI E GIURISPRUDENZIALI

- **Sentenza n. 354 del 13 novembre 1997 della Corte costituzionale** sul collocamento obbligatorio ed accertamenti sanitari preventivi all'assunzione
- **Legge n. 104/92:** Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate
- **D. Lgs. 626/94:** Attuazione delle direttive 89/391/CEE, 89/654/CEE, 89/655/CEE; 89/656/CEE, 90/269/CEE, 90/270/CEE, 90/394/CEE, 90/679/CEE, 93/88/CEE, riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori durante il lavoro (e successive modificazioni)
- **D.M. (Interni) 10 marzo 1998:** Criteri generali di sicurezza antincendio e per la gestione dell'emergenza nei luoghi di lavoro
- **Legge n. 68/99:** Norme per il diritto al lavoro dei disabili
- **Circ. n. AIPA/CR/32:** Criteri e strumenti per migliorare l'accessibilità dei siti web e delle applicazioni informatiche a persone disabili
- **Circ. del Min. dell'Interno 1° marzo 2002, n.4:** Linee guida per la valutazione della sicurezza antincendio nei luoghi di lavoro ove siano presenti persone disabili

BIBLIOGRAFIA

- M. Di Lecce "L'avviamento al lavoro dei disabili" Ambiente e Sicurezza, 4 maggio 1999, n. 7
- G. Taddia "Problematiche prevenzionali e di igiene dei lavoratori disabili" ISL, n. 1/2000
- L. Carovita "Una nuova normativa per il diritto al lavoro dei disabili" Ambiente e Sicurezza, n. 5/2000
- S. Spiridigliozzi e Al. "L'inserimento del disabile nell'attività lavorativa" Fogli d'Informazione dell'ISPESL, n. 4/2000
- E. Prandi "Gli accertamenti sanitari per i lavoratori invalidi civili" Ambiente e Sicurezza, n. 20/2001
- M. Del Nevo "Il giudizio di idoneità alla mansione" ISL, n. 10/2001
- S. Marsella "Luoghi di lavoro e disabili: le nuove linee guida per la valutazione della sicurezza antincendio" Ambiente e Sicurezza, n. 10/2002
- T. Cassina "Assunzione degli invalidi civili: orientamenti operativi per il medico competente" Atti del Congresso Nazionale ANMA 2003

SITI WEB

- www.superabile.it
- www.handylex.org
- www.simfer.it
- www.csrausilidisabili.org
- www.annoeuropeodisabili.it



PORTOFINO: CONGRESSO NAZIONALE A.N.M.A. “10 ANNI DI 626: IL PERCORSO DEL MEDICO D’AZIENDA COMPETENTE”

È SUCCESSO A...

*Marco Saettone
Paolo Santucci
Daniele Ditaranto
Carlo Valchi*

Dal 27 al 29 maggio 2004 si è svolto presso l’hotel Portofino Kulm di Portofino Vetta (GE) il Congresso Nazionale dell’Associazione Nazionale Medici d’Azienda e Competenti (ANMA)

Titolo del Congresso : **“10 anni di 626: il percorso del Medico d’Azienda Competente”**.

I Congressi ANMA vengono articolati su diverse sessioni monotematiche: a Portofino abbiamo avuto:

- I^ Sessione: Il Lavoro sul Mare: la difficile navigazione del Medico Competente
- II^ Sessione: La patologia ORL di origine professionale: oltre l’ipoacusia
- III^ Sessione: Il lavoro d’ufficio: oltre l’astenopia
- IV^ Sessione: 10 anni di 626: il percorso del Medico d’Azienda Competente

Lo spazio dedicato ad ogni sessione è stato di mezza giornata.

Il congresso è stato aperto dalla LETTURA MAGISTRALE del Prof. Alfredo Dino Bonsignore, Ordinario di Medicina del Lavoro dell’Università di Genova. TITOLO: L’evoluzione della Medicina del Lavoro dal 1994 ad oggi.

Il Congresso è stato validato ECM con attribuzione di 8 crediti.

Hanno partecipato al Congresso oltre 300 colleghi.

Relatori/Moderatori del congresso

- Consiglieri Nazionali ANMA
- Segretari regionali e soci ANMA
- Giuseppe Briatico-Vangosa Presidente ANMA
- Orietta Calcinoni INAIL Milano
- Giulio Cantù Direttore Dip. Chirurgia Testa Collo e Parti Molli. IST. TUMORI MILANO
- Giuseppe Cimaglia Sovrintendente Medico Gen. INAIL Roma
- Daniela Colombini CEMOC-ICP Milano
- Giuliano Franco Straordinario di Medicina del Lavoro. Università Modena
- Giorgio Guidetti Direttore Servizio Vestibologia Policlinico di Modena
- Giuseppe Nano Presidente CIIP
- Silvano Prosser Dip. Scienze Comunicaz. e Comportamento Sezione Audiologia Università Ferrara
- Pierantonio Ricci Direttore Ist. Italiano Medicina Sociale di ROMA

1^ SESSIONE

IL LAVORO SUL MARE: LA DIFFICILE NAVIGAZIONE DEL MEDICO COMPETENTE

La collocazione geografica del congresso ci ha suggerito di aprire i lavori con una nicchia particolare della nostra professione: la sorveglianza sanitaria dei lavoratori marittimi; questo tema non viene spesso affrontato nei congressi di Medicina del Lavoro perchè sono pochi i colleghi che se ne occupano, ma il loro numero andrà crescendo in considerazione del recente e non ancora esaurito sviluppo del turismo marittimo su navi da crociera, che imbarcano molto personale, e della pesca.

Le relazioni scientifiche

La sessione è stata articolata su 5 relazioni che hanno introdotto la normativa vigente; le difficoltà del Medico Competente (MC) nell'adempiere all'obbligo del Sopralluogo degli ambienti di lavoro; alcune esperienze di sorveglianza Sanitaria su lavoratori marittimi; l'esperienza ligure in tema di tutela e prevenzione nel comparto della pesca; la difficoltà di espressione del giudizio di idoneità al lavoro marittimo.

Il lavoro marittimo è stato ed è da sempre considerato un lavoro ad alta criticità per i ritmi di lavoro, la mobilità spinta sul territorio, l'impegno fisico e mentale, la disponibilità continua del lavoratore, ed il luogo stesso di lavoro eccessivamente confinato.

Per tali caratteristiche il coinvolgimento del medico competente assume una valenza sicuramente maggiore, in quanto il sanitario deve interessarsi di una realtà lavorativa nella quale il Datore di lavoro spesso assume decisioni non differibili in merito all'organizzazione, ed il lavoratore sa di non poter contare su alcuni interventi preventivi classici del "lavoro a terra".

Si tratta, pertanto, di realtà lavorative assolutamente peculiari per la loro autonomia funzionale, nelle quali viene affidata alla professionalità dei singoli la soluzione di problematiche legate all'organizzazione del lavoro, al rischio infortunistico ed a patologie comuni.

Le categorie nelle quali tradizionalmente si suddivide il personale di bordo sono:

- a) personale di coperta
(comandante, ufficiali, nostromo, marinai);
- b) personale di macchina
(direttore di macchina, ufficiali, motoristi, etc.);
- c) personale alberghiero
(cuochi, camerieri, giovanotti di camera).

Le problematiche riguardanti l'organizzazione del lavoro comportano per il Datore di Lavoro, nonché per

i lavoratori, responsabilità che vanno ben oltre il dettato del D.Lgs.626/94 e del D. Lgs. 271/99, ma soprattutto per il medico competente vi sono difficoltà operative legate al luogo di lavoro, presente in porto solo per brevi periodi e spesso non raggiungibile in breve tempo, con conseguente impegno (fisico e mentale) richiesto al M.C., il quale si confronta con un contesto decisamente diverso dalle realtà di lavoro tradizionale, e dal quale scaturisce un'esigenza di duttilità e flessibilità non solo di conoscenze, ma, possiamo affermare, anche di impegno fisico.

Un ambiente di lavoro particolare

Una siffatta considerazione trae origine da alcune peculiarità del comparto, tra le quali le più significative che abbiamo rilevato sono:

- a) la presenza di tutte le tipologie di rischio conosciute (come se fossero presenti tutti i comparti lavorativi), che assumono però connotati del tutto originali per il fatto di essere vissuti in ambienti nei quali si identifica il lavoro e la vita comune;
- b) l'estrema mobilità sul territorio, richiesta per svolgere le attività di sorveglianza (con visite effettuate a volte in orari e condizioni ambientali estreme, tempi di attesa biblici in porto per attracchi ritardati da inconvenienti di vario tipo, agenti atmosferici da affrontare per raggiungere imbarcazioni alla fonda, ecc.);
- c) l'incrocio di diversi livelli di controllo sugli ambienti e sulle persone, svolto dagli Enti che tradizionalmente esercitano potestà di vigilanza sul settore marittimo, e con cui il M.C. difficilmente comunica;
- d) il basso livello di percezione del rischio ed estrema confidenza con il pericolo della popolazione lavorativa, con un'adesione solo occasionale alle misure di prevenzione specificamente predisposte;
- e) gli stili di vita frequentemente sopra le righe e scarso vissuto sociale dei marittimi, con prevalenza di situazioni di carente autocontrollo delle abitudini alimentari e di disagio psichico.

Aspetti relativi all'organizzazione del lavoro

Nel comparto marittimo il Datore di lavoro - ai sensi del D.Lgs. 271/99 - è identificato nell'armatore, o nel comandante, i quali hanno, come è noto, un obbligo di designare il M.C., che prescinde dagli esiti della valutazione dei rischi, in ossequio ad una speciale tutela prevista in questo settore, proprio "per le particolari esigenze del servizio espletato".

La valutazione del rischio

È noto che, fatti salvi i controlli previsti dall'art. 18 e segg. Del D.Lgs. 271/99, ad opera della Commissione territoriale dell'Autorità marittima, rimane l'obbligo in carico al M.C. del sopralluogo almeno semestrale previsto dall'art. 23, comma 1g) del Decreto.

Per alcuni aspetti l'emanazione di un Decreto specifico come il 271/99, non ha effettivamente agevolato l'applicazione della normativa sulla sicurezza e salute, adeguandola "alle particolari esigenze dei servizi espletati" nel comparto marittimo.

La collaborazione del M.C. alla valutazione del rischio, in termini di prevenzione primaria ambientale e redazione del relativo documento (peraltro non citata nell'art. 6 del D. Lgs. 271/99), e successivamente per la "gestione" nel tempo del rischio stesso, attraverso i sopralluoghi periodici, mostra difficoltà operative a volte insormontabili.

Il mancato assolvimento dell'obbligo del sopralluogo semestrale da parte del M.C. viene punito con l'arresto fino a due mesi o con l'ammenda da 516 a 3.098 €. (art. 37 del D. Lgs. 271/99).

Pertanto non va dimenticato che il ripercorrere i vari gradi di responsabilità in caso di eventi negativi rende comunque necessario adempiere a questi obblighi, che diventano sostanziali e non formali.

Altro aspetto abbastanza peculiare del comparto è la diversa potenzialità di danno che i medesimi fattori di rischio possono esercitare, a seconda della tipologia di nave, della stazza, dell'epoca di costruzione, del Paese di provenienza e quindi del rispetto di normative diverse.

Inoltre ad una minore esposizione complessiva al rischio, grazie agli abituali periodi di "riposo" a terra tra un imbarco e l'altro, fa da contraltare l'esposizione costante a bordo ad alcuni rischi (rumore, vibrazioni), anche nelle ore di pausa, per non parlare delle frequenti esposizioni aggiuntive legate ad una seconda attività (edilizia, artigianato, ecc.).

La sorveglianza sanitaria

Appare particolarmente evidente nel comparto marittimo che l'obiettivo prevalente è quello di valutare le condizioni generali di salute del personale imbarcato ai fini di valutarne la presenza di menomazioni e/o suscettibilità che possano condizionare l'idoneità alle particolari condizioni espositive e di vita presenti a bordo.

Proprio per la varietà e l'intensità dei fattori di rischio conosciuti, i contenuti del protocollo di sorveglianza sono orientati a stabilire una generica tolleranza all'esposizione a tossici (profilo epato - renale e di funzionalità emopoietica), le condizioni dell'apparato cardiovascolare (ECG), respiratorio (spirometria), osteoarticolare (questionario posturale).

Oltremodo raccomandata è altresì la verifica delle condizioni immunologiche nei confronti delle patologie infettive più comuni (tetano, epatiti A e B, Tbc) con specifiche indicazioni alla vaccinoprofilassi per gli agenti biologici endemici nelle aree geografiche interessate alla navigazione.

Per alcune categorie di lavoratori, adibiti alla conduzione di impianti complessi di sollevamento e/o movi-



mentazione (gruisti, carrellisti, manovratori di carri ponte) è utile un controllo oftalmologico.

Una particolare considerazione, che apre il campo alle specificità richieste dalle diverse tipologie di trasporto marittimo, riguarda le chimichiere. Laddove si potrebbe prevedere, cioè, un piano di monitoraggio biologico specifico per esposizioni a tossici con IBE, anche ai fini del rispetto del D.Lgs. 25/02, ciò diventa spesso impossibile giacché ogni nave durante il viaggio può in ogni porto cambiare carico, per cui le condizioni espositive cambiano in modo sostanziale.

La stessa valutazione dei rischi viene redatta dalle società in maniera molto vaga (magari indicando 30/40 sostanze o composti che potrebbero essere trasportate) vanificando quindi la possibilità di effettuare esami precisi per i singoli fattori di rischio chimico, configurandosi spesso una poliesposizione in tempi successivi. Pur tuttavia va precisato che normalmente le operazioni di trasporto avvengono rispettando un “ciclo chiuso” che riduce al minimo l’entità dell’esposizione, che diventa invece significativa nelle operazioni di pulizia delle cisterne, svolta in effetti con utilizzo spinto di DPI.

Le tempistiche di intervento, che si traducono spesso in costi in termini di tempo che difficilmente possono avere un adeguato riscontro in termini economici, e il rispetto delle periodicità sono altri due nodi cruciali. Esperienza comune infatti è data dal fatto che gli imbarchi avvengono in porti fuori dei confini e non vengono segnalati, oppure le navi hanno rotte tali che non rientrano in Italia se non dopo 5/6 mesi, per cui le visite in scadenza non possono essere effettuate.

Il giudizio di idoneità

La formulazione del giudizio è correlato per i medici competenti ai rischi specifici della mansione, con possibili difformità di valutazione rispetto alle visite preventive di imbarco, svolte come è noto dalle Autorità Marittime.

Sono da considerare le frequenti esposizioni a rischi chimici o a rumore, in attività contestualmente svolte in orario notturno ovvero in turni alternati, o ancora in lavori eseguiti in altezza (carpentieri), oppure in spazi chiusi (tankisti nella pulizia cisterne), o con esposizioni ad agenti atmosferici (operai di coperta).

Altro aspetto di attenta verifica è la tolleranza di alcuni lavoratori (carpentieri, tankisti, operai polivalenti) all’uso di particolari dispositivi di protezione dell’apparato respiratorio (maschere facciali con autorespiratore) indispensabili per l’esecuzione di alcune attività. Il rischio infortunistico, mediamente elevato in tutte le

attività di bordo, è particolarmente in agguato in lavori per definizione pericolosi (su alberi e ciminiere, fuori bordo, sulle lance, ecc.), che potrebbe essere svolto da personale con varie qualifiche, per alcuni dei quali quindi va formalizzata l’eventuale esenzione.

Può essere frequente, pertanto, l’accertamento di una idoneità alla mansione specifica, che sia però accompagnata da alcune precise raccomandazioni circa le modalità di svolgimento dell’attività stessa.

È interessante la novità in caso di inidoneità parziale o totale, temporanea o permanente il medico competente deve informare per iscritto il lavoratore e l’Armatore, il quale dispone una nuova valutazione del rischio ed un’analisi ambientale finalizzata alla verifica dell’efficacia delle nuove misure di protezione adottate. (Art. 23, comma 3)

È significativo infine ricordare che l’allegato al D.Lgs. 271/99 riconosce al giudizio di idoneità medica un valore specifico per la prevenzione dei fattori di fatica relativi all’equipaggio.

La collaborazione alla predisposizione delle misure di prevenzione e gestione delle emergenze sanitarie è un punto che meriterebbe, nel comparto in esame, un maggior apporto del M.C., sia nella definizione delle dotazioni mediche per l’assistenza sanitaria a bordo (art. 24), sia nella designazione da parte del comandante dei marittimi incaricati dell’attuazione delle misure di prevenzione nelle situazioni di emergenza (art. 7), sia nell’addestramento di personale facente parte del SPP.

Tutti gli interventi orientati alle persone, inoltre, vengono spesso resi difficili dall’ambiente cosmopolita di bordo, che incide sul livello e l’efficacia della comunicazione, sulla diversa cultura della sicurezza esistente nelle diverse etnie, sulla tolleranza geneticamente diversa tra le razze a determinati fattori di rischio ambientale.

Le esperienze di sorveglianza sanitaria segnalano, tra le patologie più frequenti, la patologia da rumore, non solo nel personale di macchina.

È appena il caso di ricordare che nel comparto marittimo infatti vigono riferimenti più permissivi per quanto attiene il rumore (Codice International Maritime Organization I.M.O. del 1981, risoluzione A. 486), rispetto a quanto prevede il D.Lgs. 277/91 per le attività industriali.

Il Sopralluogo “virtuale”

La sessione è stata animata dalla relazione del Dr. F. Calabrò che con una serie di fotografie digitali e filmati abilmente montati ha “trasportato” i congressisti a

bordo di una nave virtuale, rendendo l'idea delle difficoltà che si incontrano nell'espletamento del Sopraluogo a bordo: dal raggiungimento della nave in navigazione al salire a bordo con una scala di corda, al districarsi in un ambiente veramente difficile per i non addetti ai lavori e veramente inospitale come una rumorosissima sala macchine.

Il ruolo degli Organi di vigilanza

Ai relatori appartenenti alle UOPSAL di Genova e Chiavari è stato affidato il compito di effettuare un'analisi del documento n°9: "Ruolo e funzioni del Medico Competente" - Linee guida su Titolo I D.Lgs. 626 del Coordinam. Tecnico per la prevenzione degli Assessorati alla Sanità delle Regioni e province autonome di Trento e Bolzano, allo scopo di valutare la situazione particolare legata al settore dei lavoratori marittimi ed all'applicazione del D.lgs. 271/99 ed al fine di mettere in luce le specificità, delineare le problematiche ed avanzare ipotesi di interpretazione quale utile riferimento per il MC.

Dall'analisi effettuata ed in sede di discussione è emersa la necessità che vengano elaborati dagli organi competenti (Coord. Regioni Min. salute Trasporti Navigazione) indirizzi e linee guida di carattere tecnico su ruolo e funzioni del MC in riferimento al D.Lgs. 271/99

Il settore della Pesca

Infine è stato dedicato uno spazio al settore della pesca, non così piccolo come si crede considerato che occupa 2 milioni di lavoratori nell'UE di cui 100.000 in Italia, con una flotta peschereccia italiana che rappresenta da sola l'8% di quella europea in TSL (Tonnellate di Stazza Lorda), ma con un numero di imbarcazioni che nell'UE si colloca al terzo posto dopo Grecia e Spagna. I dati pubblicati (ISPESL) riferiscono che al 31/12/1998 erano presenti in Italia 19.363 imbarcazioni da pesca.

Al fine di poter valutare il rischio infortunistico sono stati calcolati gli indici di frequenza nel settore della piccola pesca rapportando la media annua degli infortuni avvenuti nel triennio 1997-1999 al numero di pescatori del 1998. La frequenza infortunistica non risulta delle più elevate; se si considerano però i soli infortuni mortali, la piccola pesca è al secondo posto in graduatoria con un indice di frequenza di 0,26 x 1.000 preceduta soltanto dall'estrazione dei minerali (0,36 x 1.000) e subito seguita dalle costruzioni (0,25 x 1.000). L'indice di frequenza di infortuni mortali per l'industria (0,11 x 1.000) è meno della metà di quello della pesca.

A seguito dell'emanazione del Decreto Legislativo

271/99 che, come già riportato, attribuisce nuove competenze alle ASL, la S.C. PSAL dell'ASL 4 ha iniziato ad affrontare le problematiche di questo settore. Sono seguiti incontri con le Associazioni di categoria e nel Novembre 2002 alcuni operatori hanno partecipato ad iniziative informative rivolte ai pescatori su aspetti di igiene e sicurezza del lavoro nel comparto su richiesta dell'O.L.P.A. (Osservatorio Ligure Pesca Ambiente). Inoltre nell'ambito della programmazione dell'attività per l'anno 2003 e in particolare in tema di gestione integrata di attività di prevenzione e sicurezza in particolari settori, è stata pianificata la realizzazione di un'indagine conoscitiva del settore pesca attraverso l'acquisizione di dati, informazioni ed effettuando sopralluoghi conoscitivi con partecipazione a battute di pesca; è stato infine distribuito un questionario predisposto dal Dipartimento Documentazione Informazione e Formazione dell'ISPESL; tale strumento, già parzialmente testato in alcune realtà adriatiche e a Mazara del Vallo, comprende 50 quesiti che indagano vari aspetti: caratteristiche dei rispondenti, considerazioni sul lavoro, aspetti di salute e stili di vita, informazione e formazione, infortuni sul lavoro.

Tale questionario è stato presentato in due incontri ai quali sono stati invitati la Capitaneria di Porto di Genova, l'Ufficio Circondariale Marittimo di zona, l'Osservatorio Ligure Pesca Ambiente, i Presidenti delle Cooperative di pesca e i rappresentanti delle Associazioni di categoria tramite i quali ne sono stati distribuiti ai pescatori circa 200 copie. I dati che emergeranno dall'analisi dei questionari saranno portati a conoscenza di tutti gli interessati e potranno costituire oggetto di valutazione da parte di tutti i soggetti coinvolti (Istituzioni, Rappresentanti di Categorie, Organizzazioni Sindacali, Lavoratori, etc.) per essere utilizzati in interventi mirati su rischi, protocolli di sorveglianza sanitaria, attività di informazione/formazione.

...

II^ SESSIONE

LA PATOLOGIA ORL DI ORIGINE PROFESSIONALE: OLTRE L'IPOACUSIA

Il crescente interesse verso la patologia ORL di origine professionale e la conseguente necessità per il medico del lavoro di acquisire competenze sempre più aggiornate, ha motivato l'organizzazione della II Sessione del Congresso ANMA 2004, "La patologia ORL di origine professionale: oltre l'ipoacusia".

L'ipoacusia da rumore rimane indubbiamente un tema centrale. È tuttora la tecnopatia più indennizzata dall'INAIL ed è ancora oggi causa frequente di contenzioso giudiziario.

Tuttavia negli ultimi anni i medici del lavoro hanno progressivamente esteso la loro attenzione ad altre patologie ORL che possono riconoscere una origine professionale o condizionare l'accertamento del giudizio di idoneità del lavoratore alla mansione specifica.

Le novità normative

Alla determinazione di questo aumentato interesse professionale verso le patologie di pertinenza ORL, hanno sicuramente contribuito anche alcune novità normative intervenute in questi ultimi anni:

- La nuova valutazione INAIL comprensiva anche del danno biologico a seguito del D. Lgs. 38/2000, recante "Disposizioni in materia di assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali..." e del DM 12 luglio 2000, Approvazione di "Tabella delle menomazioni"; "Tabella indennizzo danno biologico"; "Tabella dei coefficienti", relative al danno biologico ai fini dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali".
- La modifica dell'art. 4, comma 1 del D. Lgs. 626/94 (Obblighi del datore di lavoro, del dirigente e del preposto) operata dall'art. 21 della legge comunitaria 2002 e la conseguente valutazione documentata di nuovi fattori di rischio professionale come il "lavoro in quota" e lo "stress vocale".
- L'attenzione crescente verso il rischio "lavoro in quota" attestata sia dal D. Lgs. 235/2003, che ha integrato il Titolo III "Uso di attrezzature di lavoro" proprio con i requisiti delle attrezzature di lavoro utilizzate per eseguire lavori in quota, che dalla pubblicazione da parte dell'ISPESL delle "Linee guida per l'individuazione e l'uso dei dispositivi di protezione individuale contro le cadute dall'alto".
- La Raccomandazione CE n. 270/2003 che nell'Allegato I riporta l'elenco europeo delle malattie professionali da recepire entro il 31 dicembre 2006, e nell'Allegato II elenca le patologie da tenere sotto osservazione per un eventuale futuro inserimento nell'Allegato I indicando, fra queste, anche "i noduli alle corde vocali provocati da sforzi prolungati della voce per ragioni professionali" (voce 2.503).
- Infine, ma non certamente per importanza, il D. Lgs. 66/2000 che, implementando il Titolo VII "Protezione da agenti cancerogeni e mutageni" del D. Lgs. 626/94, ha aggiunto alle sostanze, preparati e processi che espongono ad agenti cancerogeni

riportati nell'Allegato VIII il "lavoro comportante l'esposizione a polveri di legno duro". In tale ambito di particolare rilievo sono anche le linee guida approvate nel dicembre 2002 dalla Conferenza delle Regioni sulla "Protezione da agenti cancerogeni. Lavorazioni che espongono a polveri di legno duro" finalizzate a fornire agli addetti ai lavori elementi utili per l'attuazione di una efficace strategia preventiva.

I "Gruppi di lavoro ANMA"

Le relazioni specialistiche della Sessione sono state precedute e seguite da quelle di due gruppi di lavoro dell'ANMA: quella introduttiva ha delineato le criticità che il medico del lavoro incontra nella diagnosi delle patologie ORL di interesse occupazionale; quella conclusiva è stata incentrata sugli orientamenti operativi per un efficace iter diagnostico della patologia ORL di origine professionale.

Sintetizzando, dalle relazioni e dalle discussioni, continue anche dopo la fine della Sessione, sono emerse le seguenti indicazioni per i medici del lavoro:

- Le carenze delle risposte specialistiche spesso derivano dall'assenza o dalla scarsa efficacia della comunicazione che il medico del lavoro instaura con lo specialista.
- Per il miglioramento della qualità di questa comunicazione è fondamentale che il medico del lavoro espliciti chiaramente il motivo e la finalità della sua richiesta di consulenza anche rapportandosi direttamente con lo specialista.
- A tal fine è importante che il medico del lavoro accresca ed aggiorni le sue competenze cliniche e diagnostiche in modo da poter essere in grado di instaurare un proficuo dialogo con lo specialista.



- Peraltro l'accrescimento e l'aggiornamento di queste competenze, aumentando l'efficacia dell'anamnesi, dell'esame obiettivo e dell'interpretazione dei risultati delle indagini diagnostiche, permette al medico del lavoro di migliorare alcuni aspetti fondamentali della sua attività come l'elaborazione del piano sanitario e l'accertamento del giudizio di idoneità alla mansione specifica consentendogli, inoltre, di indirizzare meglio anche l'eventuale ulteriore strategia diagnostica.

• • •

III^a SESSIONE

IL LAVORO D'UFFICIO: OLTRE L'ASTENOPIA

La sessione sul lavoro d'ufficio ha offerto diversi spunti interessanti.

Gli Autori dell'ICP di Milano (Unità di ricerca EPM ICP CEMOC) hanno effettuato la valutazione del rischio da "movimenti ripetuti degli arti superiori", utilizzando per la prima volta la check-list OCRA, nei confronti delle principali operazioni svolte da circa 1000 impiegati addetti al videoterminale: utilizzo del mouse e digitazione dei tasti.

Il rischio da sovraccarico biomeccanico, direttamente proporzionale alla durata di tali operazioni, si è dimostrato significativo nel distretto mano/polso (dove si manifestano sindrome del tunnel carpale ed altre tendinopatie della mano) e della spalla (tendine del capo lungo del bicipite limitatamente all'uso del mouse tradizionale).

Nell'ambito dell'accertamento di disturbi o patologie eventualmente correlate, l'attenzione si è concentrata sulle tendinite del distretto mano/polso (femmine) e sulla periartrite scapolo-omeroale (maschi) che, pur in percentuale limitata e nella fascia di età più elevata, hanno evidenziato una maggiore prevalenza rispetto al gruppo di controllo.

Lo studio, peraltro riferito ad "impiegati classici" che non comprendono addetti "data entry" o "call center", ha ribadito comunque l'importanza della sorveglianza sanitaria che può contribuire sia alla prevenzione primaria che secondaria.

È anche emersa una scarsa conoscenza dei concetti ergonomici, da parte degli operatori, in merito alla postazione con videoterminale ed all'uso del mouse in particolare, che suggerisce di insistere nel programma di formazione/informazione degli addetti.

Il Dr. G. Barral, Consigliere Nazionale ANMA, ha pre-

sentato una relazione sulla valutazione del rischio "movimentazione manuale carichi" negli archivisti e la gestione di eventuali casi patologici, può costituire un problema per il medico competente alle prese con modelli "rigidi", poco adeguati a gestire correttamente una attività occasionale di sollevamento/spostamento dei pesi.

L'Autore ha proposto invece un modello flessibile che suggerisce per tale rischio l'effettuazione almeno della visita preventiva (e poi della visita periodica per patologie di media gravità o gravi), finalizzata a individuare i lavoratori patologici e a identificare la corretta formazione/informazione sul rischio specifico.

Il gruppo di lavoro della Sezione Marchigiana di ANMA ha presentato un'indagine sulle condizioni clinico-funzionali del rachide in una popolazione di videoterminalisti, rapportata ad un campione di addetti al "picking" (preparatori di commissioni in un deposito merci) ha evidenziato una maggiore prevalenza di spondiloartropatie di 3° grado tra i "preparatori" con una interferenza del fattore di rischio "nicotina", legata al tabagismo, peraltro già emersa in un recentissimo contributo della letteratura scientifica internazionale. Vengono confermate dallo studio il fattore di rischio "età" e l'azione favorevole dell'attività sportiva nel ridurre il rischio di sviluppare spondiloartropatie.

Il Gruppo di lavoro della Sezione Ligure di ANMA, in riferimento all'astenopia (l'affaticamento oculovisivo conseguenza della prolungata esposizione a videoterminale), ha proposto "l'astenopia significativa" (prevalenza del 30% nelle popolazioni studiate) come "metro" di valutazione del discomfort oculovisivo dell'operatore, che può includere anche disturbi generali eventualmente correlati: dermatite non allergica, mal di testa, debolezza, nausea e vertigini.

In diversi studi è emerso che tali disturbi, correlati all'uso del videoterminale, prevalgono nel sesso femminile, ma forse manca ancora una spiegazione esauriente e definitiva.

Paragonando la prevalenza dei disturbi oculovisivi tra lavoratori esposti allo schermo tradizionale (CRT) ed allo schermo a cristalli liquidi (LCD), è emersa una riduzione del 12% circa tra gli utilizzatori dello schermo "piatto" LCD.

Quasi il 30% dei videoterminalisti indagati lamenta stress, tuttavia l'attività al computer non sembra la causa diretta di tale "epidemia", mentre possono entrare in gioco fenomeni di somatizzazione cutanea correlata. Quale principale causa di stress si pensa soprattutto a diversi fattori di tipo psicosociale: relazioni interpersonali, compiti lavorativi e fattori contingenti, personali, esterni.

La relazione conclusiva della Sessione, presentata dal Dr. Q. Bardoscia, consigliere Nazionale ANMA, è stata dedicata al "colloquio clinico" finalizzato ad individuare precocemente casi di disagio lavorativo o di alterata interazione sociale nell'ambito della sorveglianza sanitaria dei videoterminalisti di una banca.

Tale modello si è rivelato utile a valutare il livello e la diffusione del "benessere lavorativo", rilevando il grado di congruenza tra la richiesta di lavoro da parte dell'azienda e l'offerta professionale ed emozionale da parte del lavoratore. L'estensione del colloquio clinico individuale all'intera popolazione lavorativa consentirebbe di valutare il "benessere organizzativo" dell'impresa.

...

IV^a SESSIONE

10 ANNI DI 626; IL PERCORSO DEL MEDICO D'AZIENDA COMPETENTE

La IV sessione ha reso una panoramica sul percorso del medico d'azienda competente a 10 anni dall'emanazione del D.Lgs. 626/94.

Il Dott. Briatico (presidente dell'Anma) ha esposto quello che è il panorama europeo in merito ai requisiti professionali richiesti per l'esercizio di tale attività, evidenziando l'indubbia necessità di acquisizioni di competenze specifiche e comprovata esperienza.

Il Prof. Ricci (presidente dell'Istituto Italiano di Medicina Sociale) ha sottolineato il ruolo dello stesso ente quale organo tecnico competente in materia e le necessità che si richiederanno al medico competente, ruolo

che sarà evidenziato nella stesura dei prossimi provvedimenti legislativi.

L'acquisizione di conoscenze e abilità che permettano di assumere decisioni basate su prove di efficacia, è il punto focale della relazione del Prof. Franco (Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena), che, solo così, vede in prospettiva il miglioramento della pratica professionale nel campo della salute occupazionale, il tutto, naturalmente, supportato da una sempre più disponibilità di informazioni e da adeguati percorsi formativi.

Il Dott. Candura (Anma Campania) ha riassunto come l'Anma ha già da anni abbracciato la volontà di crescita professionale del medico d'azienda attraverso l'adozione di codici di comportamento e percorsi formativi.

Il Dott. Valchi (Anma Liguria), citando i risultati del monitoraggio interregionale sull'applicazione del D.Lgs. 626/94, ha elencato alcuni punti critici che si spera possano essere superati dal nuovo testo unico. In un momento di importante trasformazione del mondo del lavoro dove solo una estrema sensibilità, specificità nei requisiti professionali e convalidati percorsi formativi possono efficacemente incidere su problematiche di rilevanza sociale quali la salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, è stata sottolineata la volontà di collaborare con gli altri attori del sistema.

L'Ing. Nano, presidente del CIIP, ha illustrato la necessità di un sistema efficace in cui fattiva sia la collaborazione delle varie figure professionali della prevenzione come fattore di successo nell'ottica del processo di semplificazione preannunciato.

PROMOZIONE

Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" per l'anno 2003/2004

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta di sottoscrivere l'abbonamento biennale al "Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia" (4 numeri l'anno) per gli anni 2003/2004 al costo complessivo di E 52 (puro rimborso dei costi di stampa e spedizione). Già abbonato al "G Ital Med Lav Erg" **Si** ☐ **No** ☐

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____

Telefono _____ Fax _____

Data _____ Firma _____

Quali sono le esigenze del Medico del lavoro nello screening visivo?

4 domande dal Medico del lavoro

- Risparmio di tempo



- Affidabilità
- Qualità
- Facilità di utilizzo

2 risposte da Essilor

Ergovision®



Automatico

Strumento **automatico** per verificare le principali funzioni visive in visione da lontano e vicino ed intermedia.

- Misurazione acuità
- Rilevamento dell'ipermetropia
- Astigmatismo
- Visione binoculare - Stereoscopia - Fusione
- Test bicromatico
- Forie - Forie in visione intermedia
- Visione dei colori - Visione dei contrasti
- Abbagliamento - tempo di recupero
- Affaticamento visivo
- Visione cinetica

Visiotest



Manuale

Strumento **manuale** per esplorare i principali parametri della funzionalità visiva in visione da lontano e vicino.

- Misurazione acuità
- Rilevamento dell'ipermetropia
- Astigmatismo
- Stereoscopia
- Test bicromatico
- Forie
- Colori
- **Kit Visione Intermedia** (optional)
- **Campimetro** (optional)



CHIOGGIA: SEMINARIO DI APPROFONDIMENTO “RISCHIO TUBERCOLOSI E TUTELA DEGLI OPERATORI SANITARI”



È SUCCESSO A...

*Piero Patané
Sezione Veneta*

La tubercolosi ritorna a costituire un importante problema di sanità pubblica, sia mondiale che nazionale. Lo testimoniano i documenti che organismi scientifici e lo stesso ministero della salute hanno prodotto e stanno producendo in questi anni. Le dimensioni del fenomeno a livello mondiale sono rilevanti, non solo per la persistenza di estese zone di alta endemia TB e dei movimenti migratori delle popolazioni che da esse provengono, ma anche a causa della presenza di un elevato numero di soggetti ipersuscettibili all'infezione (persone anziane, pazienti immunodeficienti o trattati con immunosoppressori, ecc.). Un altro aspetto problematico è la regressione della “cultura” sanitaria nei confronti della TB, che ha ridotto la sensibilità epidemiologica, diagnostica, e preventiva. Lo dimostrano, tra l'altro, i ritardi nella diagnosi e la scarsa propensione alla notifica dei nuovi casi di malattia.

La conoscenza delle modalità di trasmissione, delle capacità infettanti del micobatterio, dei rischi più frequenti e delle procedure di prevenzione è condizione imprescindibile per un buon controllo della malattia in tutta la popolazione e in particolare nei soggetti a rischio.

Con queste considerazioni la ULSS N. 14 di Chioggia e l'ANMA Veneta hanno organizzato, il 18 giugno u.s., un Seminario di approfondimento su “Rischio Tubercolosi e tutela degli operatori sanitari” rivolto ai medici competenti e agli operatori della medicina preventiva delle aziende sanitarie, nonché al personale dei reparti maggiormente a



rischio (malattie infettive, pneumologia, geriatria, medicina e “aree critiche”).

Il seminario ha innanzitutto offerto un ripasso delle conoscenze sulla TB come storia naturale della malattia, dalle modalità di trasmissione all'attuale quadro epidemiologico; particolare spazio è stato dedicato alle metodiche diagnostiche, ripercorrendo i passi della diagnostica per immagini della patologia del polmone, fino alle attuali indagini di laboratorio con tecniche di nuova generazione per la diagnosi di infezione tubercolare latente che offrono una maggiore specificità e sensibilità rispetto alla tradizionale Mantoux. Questi nuovi test (Quanti-feron-TBGOLD; T.Spot.TB) si basano infatti sul dosaggio dell'interferone gamma secreto dalla cellule T stimulate tramite antigeni specifici del *Mycobacterium tuberculosis* (ESAT-SEI e CFP-10).

Una ricca iconografia ha accompagnato l'esposizione dei casi clinici che hanno costituito l'esercitazione.

L'affronto della tutela degli operatori sanitari per il rischio tubercolare, condizionato da recenti normative che tolgono l'obbligo di vaccinazione se non per rari casi, si attesta quindi su procedure preventive che vanno dal riconoscimento precoce della patologia, all'isolamento dei casi sospetti e/o accertati, all'uso di adeguati DPI, alla proposta di chemioprophilassi per gli operatori sanitari che avessero da poco contratto l'infezione. La probabi-

lità che l'infezione evolva in malattia è infatti massima nei primi due anni. Il medico competente è quindi chiamato a collaborare e a gestire queste problematiche con i colleghi pneumologi e/o infettivologi.

L'evento, ideato e 'prodotto' da Danilo Bontadi nella veste di medico competente della ULSS, è stato moderato dal nostro presidente Giuseppe Briatico affiancato dal dott. Franco Toffoletto direttore della U.O. di Medicina del Lavoro di Desio; la partecipazione, oltre ogni previsione è stata di circa 400 persone, per niente distratte dalle spiagge di Sottomarina di Chioggia. Unica nota triste: a pranzo, niente pesce!

PROMOZIONE

Il nuovo medico d'Italia -

Informazione medico sanitaria per l'Europa del 2000

Il Giornale

IL NUOVO MEDICO d'ITALIA
Informazione medico sanitaria per l'Europa del 2000

è una pubblicazione periodica mensile con Direzione, Redazione e Amministrazione in Via Monte Oliveto, 2 - 00141 ROMA.

Il Direttore Responsabile è il Collega Mario Bernardini, Specialista in Medicina del Lavoro, che da circa un lustro pubblica articoli ed elaborati di contenuto medico sanitario e scientifico esposti con terminologia divulgativa e finalità informativo-formativa.

Il giornale spesso ospita argomenti di Medicina del Lavoro e di problematiche legate alla Tutela della Salute dei Lavoratori.

Il "Nuovo Medico d'Italia" è distribuito mensilmente e GRATUITAMENTE ad un consistente numero di Medici ed inviato a indirizzi scelti di volta in volta.

Chi fosse interessato a ricevere gratuitamente il giornale è invitato ad inviare con sollecitudine la propria adesione alla Segreteria A. N. M. A. via Fax (02-72002182) o posta elettronica (maurilio@mclink.it) citando "offerta omaggio - Il Nuovo Medico d'Italia". Riceverà il giornale al proprio indirizzo.

SEA**SICURA E ASSISTENZA®**

Prevenzione e Salute in Outsourcing



IN COLLABORAZIONE CON IL MEDICO
COMPETENTE, SVOLGIAMO:

- VISITE SPECIALISTICHE ED ESAMI STRUMENTALI PRESSO LE AZIENDE
- SERVIZIO LABORATORIO DI ANALISI CLINICHE
E TOSSICOLOGIA INDUSTRIALE A QUALITA' CERTIFICATA ISO 9002
- SERVIZI DI OUTSOURCING PER L'ALLESTIMENTO E LA GESTIONE
DI AMBULATORI E PRESIDII DI PRIMO SOCCORSO AZIENDALE
- CONSULENZA TECNICA PER LA SICUREZZA, L'AMBIENTE E L'IGIENE INDUSTRIALE
- CORSI DI FORMAZIONE E INFORMAZIONE DEL PERSONALE AI SENSI
DEL D. LGS. 626/94



SERVIZI RISERVATI ESCLUSIVAMENTE AI MEDICI ASSOCIATI ANMA

- UTILIZZO STUDI MEDICI CON SERVIZIO DI SEGRETERIA
- UTILIZZO SALA DIDATTICA PER CORSI DI FORMAZIONE
- UTILIZZO UNITA' AMBULATORIALE MOBILE POLISPECIALISTICA



**Prevenzione e Salute in Azienda
come fattori critici di successo**

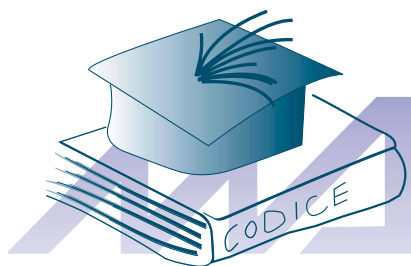
SEA Sicura e Assistenza

Via Torquato Tasso, 29
20099 Sesto San Giovanni (Milano)
Tel. 02.2622.2156 - Fax 02.2626.3511
E-Mail: info@seaoutsourcing.it

Gruppo

POLIMEDICAL®
CENTRO MEDICO POLISPECIALISTICO

CARTELLA SANITARIA E DI RISCHIO: UNA POSSIBILE INSIDIA PER IL MEDICO COMPETENTE?



LEGGI E NORMATIVE

Maurizio Del Nevo
Istituto Superiore di Formazione
alla Prevenzione - ISFoP

Con la sentenza n. 2117 del 23 gennaio 2004 la III sezione della Corte di Cassazione torna ad affrontare il problema delle cartelle sanitarie redatte dal medico competente ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs 626/94.

Nel caso di specie, un medico competente veniva rinviato a giudizio per il reato previsto dall'art. 17, comma 1, lettera d), D.Lgs. n. 626/1994, in quanto nella cartella sanitaria e di rischio di un dipendente "non erano elencati i fattori di rischio cui era esposto durante la propria attività lavorativa (e cioè l'acido cloridrico, i residui e derivati di oli minerali esausti, i solventi contenenti glicoli)".

Il giudizio di primo grado si concludeva con l'assoluzione totale del sanitario: tra le motivazioni si legge come

"ancora forte è l'incertezza in ordine alle modalità di compilazione ed alla necessità di inserire i fattori di rischio o di esposizione all'interno della cartella sanitaria. A tal fine appare particolarmente interessante la produzione difensiva delle cartelle sanitarie e di rischio utilizzate da grandi aziende, che non riportano elenchi di fattori di rischio. Non esiste, quindi, allo stato della normativa vigente un modello di cartella sanitaria e di rischio cui far riferimento, ... Inoltre, vale la pena ricordare che anche in quelle rare ipotesi in cui il legislatore si è preoccupato di disciplinare la struttura di cartelle sanitarie per alcune categorie di lavoratori esposti a rischi particolari (vedi, ad esempio, il D.P.R. n. 1124/1965 per lavoratori esposti ad asbesto o silice), non ha prescritto annotazioni relative alla trascrizione ed all'entità di esposizione a fattori di rischio, ma solo al tipo di accertamenti da effettuare ed agli organi che devono essere maggiormente controllati"

(Trib. Viareggio 18 gennaio 2002, est. Boragine, inedita).

Le sorprese cominciano però in appello a Firenze: la sentenza viene ribaltata ed il sanitario viene condannato. Nel nocciolo della motivazione si legge come

"è evidente, dal tenore letterale della norma che prevede l'istituzione della cartella, che in tanto la medesima può assolvere ad una qualche funzione, in quanto rechi quel contenuto informativo valido e sufficiente a tutelare la salute del lavoratore. È fuorviante sostenere che non vi sia una disposizione ad hoc che stabilisca quale sia il contenuto minimo o necessario della cartella in questione, POSTO CHE DEVE RITENERSI SUFFICIENTE AD INTEGRARE IL REATO CONTESTATO L'INDIVIDUARE UN'OMISSIONE DI UN DATO RILEVANTE PER LA SALUTE DEL SOGGETTO (soprattutto in vista di una sempre possibile messa in mobilità del lavoratore) quale la sottoposizione ad ambiente nocivo o a connotazione di rischio che renda di scarsa o nulla efficacia la cartella clinica de qua. Avvalora questa CONVINZIONE il considerare che la qualità di documento esterno della cartella diversamen-

te dal documento di valutazione del rischio (atto interno all'azienda) rimane nelle mani del lavoratore. Il distinto impiego dei due atti non deve far allora indebitamente ritenere che gli stessi assolvano a due finalità di legge contrapposte, nè far trarre la convinzione che la cartella debba avere un contenuto necessariamente diverso (o minore) di quello recato dal documento citato. Del resto LA CARTELLA SANITARIA, PERCHÈ LA STESSA CONSERVI UN SENSO, NON DEVE RIPORTARE TUTTI I FATTORI DI RISCHIO DELLA DITTA, MA SOLO QUELLI SPECIFICAMENTE SOPPORTATI DA QUEL DATO LAVORATORE. È del tutto influente che vi siano a valle del rischio enti ed organismi preposti alla verifica di responsabilità sanitarie o giuridiche; quel che rileva infatti è che, a monte, vi sia invece un potere accertativo e certificativo del medico competente, di colui cioè che più è a contatto con il lavoratore e con la azienda nella quale il lavoratore è inserito, di monitorare il suo stato di salute in dipendenza del tipo di attività eventualmente insalubre da lui svolto”.

Il nocciolo della sentenza, che ribalta la motivazione del giudice di primo grado, è rappresentato dalla affermazione

“... è fuorviante sostenere che non vi sia una disposizione ad hoc che stabilisca quale sia il contenuto minimo o necessario della cartella in questione posto che deve ritenersi sufficiente ad integrare il reato contestato l'individuare un'omissione di un DATO RILEVANTE PER LA SALUTE DEL SOGGETTO (soprattutto in vista di una sempre possibile messa in mobilità del lavoratore) quale la sottoposizione ad ambiente nocivo o a connotazione di rischio che renda di scarsa o nulla efficacia la cartella clinica de qua”.

Il principio giuridico sotteso dal ragionamento dei giudici è ovviamente quello di “tassatività della azione penale”: “in tema di colpa specifica, ad integrare la colpa medesima basta l'inosservanza della regola cautelare imposta dalla legge, regolamento, ordine e disciplina purché, beninteso, l'evento verificatosi sia riconducibile al tipo di evento che tale regola intende prevenire, per cui non vale invocare la mancanza del requisito della prevedibilità, essendo questa insita nello stesso precetto normativo violato, nel senso che è stato l'autore di questo a prefigurarsi una volta per tutte la pericolosità di una certa situazione, tanto da dettare precise regole precauzionali per ovviarvi”. Dunque, se il legislatore valuta una condotta o misura come necessaria a tutelare la salute indicandola in una legge penale quale norma di puro pericolo, già la semplice violazione di questa determina la sanzionabilità della condotta omis-

siva, “e al giudice non è consentito di dispensarlo da alcuna di esse, ripetendo l'indagine sulla loro necessità, che è stata già accertata a priori dal legislatore”.

In conformità a questo principio la Corte di appello, pertanto, afferma “che in tanto la medesima può assolvere ad una qualche funzione, in quanto rechi quel contenuto informativo valido e sufficiente a tutelare la salute del lavoratore” e questo è sufficiente ad integrare un omissione di un obbligo di prevenzione della salute del lavoratore autonomamente sanzionabile, anche in assenza del verificarsi dell'evento (malattia professionale) che la norma mira a prevenire.

Il caso in questione riguarda proprio la violazione di una norma di puro pericolo (art.17 comma 1d) e dunque è indiscutibile la autonoma sanzionabilità di questa omissione indipendentemente dal verificarsi degli eventi che la norma intende prevenire.

Ma qui emerge un problema di diritto penale: l'art.25 della Costituzione tutela uno dei principi giuridici più importanti del nostro ordinamento, e cioè il principio di “determinatezza della fattispecie penale”: nessuno può essere condannato se non per una condotta esplicitamente e chiaramente indicata dalla legge come reato. Tale principio, noto anche come “principio di legalità” e che risale addirittura alla Magna Charta inglese, mira proprio ad impedire che l'autorità giudiziaria possa “interpretare” il precetto penale e ad evitare che il cittadino possa rimanere in balia di valutazioni soggettive del giudice. In pratica, il cittadino deve sempre potere chiaramente conoscere ciò che costituisce un reato e ciò che non lo rappresenta: nel dubbio, la interpretazione è sempre favorevole all'imputato.

L'art.17 indica solo l'obbligo di redigere una “cartella sanitaria e di rischio”, mentre al medico competente viene contestato esplicitamente di “non avere riportato per iscritto i rischi specifici a cui il lavoratore era sottoposto”: a livello penale, la discrepanza non è trascurabile.

D'altronde la stessa Corte di appello si dimostra ben consapevole di questo problema: in questo senso, è sufficiente leggere il testo per rendersi conto di come i giudici non riescano in alcun modo ad affermare che la legge indichi chiaramente l'obbligo di trascrivere i rischi sulla cartella, ma siano costretti ad affermare testualmente solo la propria “convinzione” che la qualità di “documento esterno” della cartella sanitaria e di rischio postuli la necessità di trascrivere i rischi professionali del lavoratore. Il medico competente viene dunque condannato non perché il giudice è ragionevolmente convinto che questi abbia commesso un reato,

ma solo perché la corte è “convinta che la legge vada interpretata in un certo modo”: dunque la Corte di Appello nel motivare la condanna finisce col motivare non la validità delle prove ma solo la propria “interpretazione” di una norma di legge e questo sinceramente, a giudizio di chi scrive, non appare molto conciliabile con il principio di determinatezza della fattispecie penale.

D'altronde è difficile capire, se la volontà del legislatore fosse quella interpretata dalla Corte di appello, cosa possa impedire allora al legislatore di scrivere semplicemente nel testo di legge “cartella in cui siano annotati i rischi”: per analogia, è sufficiente rilevare, a riguardo, come all'art.4, il D.Lgs 626/94 non si limiti a pretendere un documento di valutazione “di rischi”, ma indichi esplicitamente come tale documento debba contenere:

- a) una relazione sulla valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute durante il lavoro, nella quale sono specificati i criteri adottati per la valutazione stessa
- b) l'individuazione delle misure di prevenzione e di protezione e dei dispositivi di protezione individuale, conseguente alla valutazione di cui alla lettera a;
- c) il programma delle misure ritenute opportune per garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di sicurezza.

E persino specificamente sul contenuto della cartella sanitaria di rischio, il legislatore nell'art. 60-undecies del D.Lgs 25/2002 indica che “nella cartella di rischio sono, tra l'altro, indicati i livelli di esposizione professionale individuali forniti dal Servizio di prevenzione e protezione”. Dunque, quando al legislatore interessa che sia indicato per iscritto qualcosa, non esita a richiedere indicazioni anche più dettagliate di quelle contestate al medico competente in questo processo.

Ma c'è di più: non va dimenticato come il legislatore non pretenda la forma “scritta” neppure nel caso della formulazione del giudizio di idoneità (la forma scritta è obbligatoria solo nel caso di idoneità con prescrizioni o di non idoneità), cioè proprio nella parte della cartella sanitaria che maggiormente dovrebbe “tutelare” la salute del lavoratore; e anche in questo caso, è evidente come dove ritenga necessaria la forma scritta, il legislatore non esiti a indicarlo chiaramente ed esplicitamente nel testo di legge.

Il secondo elemento critico da rilevare nella argomentazione della Corte di appello a sostegno della propria “convinzione” è il carattere di “documento esterno” della cartella: il carattere “esterno” viene (giustamente) ricavato dal fatto che la cartella sanitaria di rischio

“rimane nelle mani del lavoratore”; pertanto “perché la stessa conservi un senso, non deve riportare tutti i fattori di rischio della ditta, ma solo quelli specificatamente sopportati da quel dato lavoratore”. A questo la Corte di Cassazione aggiunge come la cartella sanitaria e di rischio non può “essere incompleta in quanto l'interessato deve entrare in possesso di una documentazione sanitaria esaustiva che attesti i rischi lavorativi ai quali è stato esposto al fine di controllarne le possibili negative ricadute anche sul lungo termine”.

Sia che si affronti il problema da un punto di vista della efficacia interna che da quello dell'efficacia esterna della cartella sanitaria, il problema non cambia: quando è possibile affermare che le informazioni contenute nella cartella sono realmente “esaustive”?

Se si scrive semplicemente “acido cloridrico”, come pretendeva la Corte di appello, la cartella conterrà allora, come dicono i giudici, “un dato rilevante per la salute del soggetto” e quindi la cartella sarà “esaustivamente” tutelante la salute del lavoratore?

Sinceramente, vista con gli occhi di medico del lavoro, la cosa appare perlomeno discutibile: scrivendo semplicemente “acido cloridrico, residui e derivati di oli minerali esausti, solventi contenenti glicoli”, ma senza scrivere se queste sostanze vengono inalate o toccate, se la concentrazione è sotto il TLV o no, se la sostanza è lavorata diluita o concentrata, se l'esposizione è continuata o occasionale, se il lavoratore utilizza magari una autorespiratore a ciclo chiuso o DPI, etc., non si scrive fondamentalmente niente sul reale rischio a cui il lavoratore è esposto. Questo sia in un'ottica di futuro riconoscimento di malattia professionale, sia in un'ottica di misure di prevenzione.

Del resto, applicando, come doveroso in tema di reati omissivi di norme antinfortunistiche, il classico ragionamento controfattuale, è difficile potere affermare che lo “scrivere” sulla cartella acido cloridrico potrebbe rappresentare misura prevenzionistica in grado di prevenire, ritardare o diminuire di gravità l'insorgenza della patologia professionale con “alto o elevato grado di credibilità razionale” o “probabilità logica”, “oltre ogni ragionevole dubbio (Cass. sez. unite sentenza 11 settembre 2002 n. 30328, Franzese).

La conclusione obbligata, pertanto, è che affinché la cartella sia “esaustivamente” sanitaria e di rischio, deve allora contenere obbligatoriamente ed in modo integrale tutta la parte del documento di valutazione di rischio ex art.4 D.Lgs 626/94 che si riferisce alle malattie professionali: quello che viene preteso dai giudici in questa sentenza (il semplice scrivere sulla cartella acido

cloridrico, glicoli etc.) si risolve, quindi, inevitabilmente col diventare in un irrilevante surrogato di valutazione dei rischi fine a sé stesso. Trascrivendo, invece, in maniera seria tutta la valutazione dei rischi, ogni cartella diventerebbe un doppiante del documento ex art.4 D.Lgs 626/94 o assomiglierebbe più ad una perizia medico-legale.

Ovviamente anche la Cassazione, che istituzionalmente interpreta le norme ma che già con la sentenza Farabi ha ampiamente dimostrato di non avere alcuna idea di cosa sia un medico competente o di come si articoli una sorveglianza sanitaria, si guarda bene dall'affermare che scrivendo le tre paroline "acido cloridrico, residui e derivati di oli minerali esausti, solventi contenenti glicoli" allora la salute sarebbe tutelata, limitandosi ad affermare apoditticamente come "il tenore letterale della norma e la sua ratio porta a concludere che la cartella assolva la sua piena funzione a tutela della salute del lavoratore se riporta, soprattutto in vista della sua possibile mobilità, i rischi specifici ambientali al quale lo stesso è sottoposto".

Inevitabilmente si finisce con il mettere a fuoco l'equivoco di fondo: la confusione fatta dall'UPG che ha innescato questa vicenda giudiziaria, tra una misura di igiene e una valutazione del rischio. Il "rischio" che viene indicato sulla cartella non è una "misura" di igiene, bensì il frutto di una "valutazione" propedeutica alle misure di tutela da adottare: la vera misura non è certo scrivere "acido cloridrico" su una cartella, bensì adottare un protocollo sanitario e un tipo di accertamento medico mirati a quel rischio che si è valutato come sussistente. Se il medico condannato non ha scritto acido cloridrico ma ha predisposto comunque

un protocollo sanitario e di rischio mirato e adeguato al rischio, questa non è forse comunque una cartella sanitaria e "di rischio"?

Questa distinzione concettuale tra "valutazione di un rischio" e "misura di protezione" non era del resto sfuggita all'estensore dalle "Linee guida per l'applicazione del D.Lgs 626/94" della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome (pag. 29): "... Non viene al contrario, sanzionato l'errore di merito che possa essere commesso nell'individuazione dei rischi e delle misure di prevenzione. Il datore di lavoro non risponderà, quindi sotto il profilo penale per avere commesso errori od omissioni nella valutazione ma se, in conseguenza di tale errore valutativo, avrà omesso le misure necessarie a tutela dei suoi dipendenti. A tale principio si richiama l'attenzione dei Servizi di prevenzione e vigilanza delle Aziende USL che dovranno utilizzare questo documento a peculiari fini di assistenza alle procedure di valutazione e non già come indicazioni per contestare inadempienze relative a modalità o conclusioni della valutazione in merito alle quali il datore di lavoro si assume la responsabilità della correttezza degli atti compiuti e delle azioni programmate". Già le linee guida, pertanto, avevano rilevato ed evidenziato come inevitabilmente, per non violare l'art.25 della Costituzione, il reato del datore di lavoro, in caso di sinistro o tecnopatìa, non potesse consistere mai nell'errore di "valutazione", ma solo nella mancata o inadeguata "adozione di misure preventive" dovute all'errore di valutazione del rischio. Errori, omissioni, modalità e conclusioni contenute nel documento non possono infatti essere mai di per sé sanzionabili: nessun ispettore può dunque entrare nel merito della valu-

PROMOZIONE

La medicina del lavoro

ALLA SEGRETERIA DELL'ANMA - 20123 MILANO, VIA S. MAURILIO 4 - FAX 02 72002182
Modulo di adesione abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2003/2004

Il sottoscritto _____

in quanto socio ANMA, aderisco all'offerta ANMA di sottoscrivere l'abbonamento a "La Medicina del Lavoro" per l'anno 2003-2004 al costo complessivo di E 57.

già abbonato a "La Medicina del Lavoro" **Si** ☐ **No** ☐

Indirizzo al quale desidero ricevere la rivista:

Dr. _____

Via _____

n. _____

CAP _____

Città _____

Telefono _____

Fax _____

Data _____

Firma _____

tazione del rischio né appaiono applicabili alle “modalità di redazione” del documento l’istituto della prescrizione, previsto dall’art. 20 del D.Lgs 758/94, né quello della disposizione previsto dall’art. 20 del DPR 520/55. Infine una piccola nota alla difesa tentata dall’imputato, il quale prova a ipotizzare che scrivendo sulla cartella i rischi professionali a cui è esposto il lavoratore verrebbe a violarsi il segreto industriale. Scontata la stroncatura da parte della Corte di appello, confermata poi dalla Cassazione:

“si è sostenuto che il sanitario non avrebbe potuto indicare in cartella i rischi lavorativi in quanto ciò avrebbe potuto costituire rivelazione del segreto industriale. A parte la primaria considerazione che il medico è tenuto solo al segreto professionale che gli compete, vale a dire a quello che è connotato alla professione esercitata, non è chi non veda, allora, come portando alle estreme conseguenze l’assunto difensivo, il sanitario non dovrebbe neppure indicare le malattie che dovesse diagnosticare in quanto attraverso le stesse potrebbe risalirsi ugualmente al tipo di procedimento chimico, eventualmente usato in quella tal azienda. Il che non può certo pretendersi e sarebbe finanche privo di senso. Inoltre la cartella medica circola pur sempre nell’ambiente sanitario sicché, vigendo il ricordato segreto professionale medico, non potrebbe e non dovrebbe trapelare in ogni caso alcunché di quanto riportato su detti documenti”

(Corte App. Firenze 23 settembre 2002,
est. Barbarisi, inedita).

CONCLUSIONI

Trattasi di una sentenza che apre scenari veramente insidiosi per l’attività del medico competente. A questo punto diventerà decisivo capire se sarà sanzionabile il fatto che il medico non scriva per niente i rischi nella cartella o se è sanzionabile addirittura il fatto che sbagli ad indicare i rischi o se ne dimentichi qualcuno. Dalla sentenza in esame non è possibile saperlo con certezza, anche perché, si fa notare, l’incriminazione non riguarda tutte le cartelle ma una sola cartella (le altre erano allora per così dire “regolari?”).

Quindi:

- Se è vera la prima ipotesi, non possiamo che consigliare vivamente a tutti i medici competenti di scrivere sulla cartella i rischi che hanno valutato e poi, in caso di eventuale contestazione da parte di un UPG sulla qualità e completezza della “annotazione”, difendersi in forza dell’art. 25 della Costituzione: insomma consigliamo vivamente di non lasciare

mai la casella di rischi bianca, anche a costo di scrivere cose inesatte.

- Se è vera la seconda ipotesi, consigliamo allora ai medici competente di cambiare senza indugio mestiere: a questo punto sarebbe sufficiente che un UPG ritenga che il medico competente abbia dimenticato semplicemente di “annotare” anche un solo rischio professionale del lavoratore per far sorgere una fattispecie penale. Si configurerebbe allora un quadro in cui verrebbero negati al medico competente persino le tutele minime garantite dalla Costituzione ad ogni cittadino, rimanendo il medico competente sub iudice non della legge, ma della soggettiva valutazione da parte di un altro medico: sarebbe pertanto sufficiente che un altro medico la pensasse diversamente dal medico competente in materia di rischi per far sorgere una nuova fattispecie penale! Insomma, una autentica mostruosità giuridica.

**Quando sudi,
sei affaticato e spossato!**

MG.KVIS[®] 
MAGNESIO • POTASSIO

***Una fonte di energia.
Una risorsa
per il tuo organismo.***

MG.KVIS fornisce il giusto apporto di sali minerali, Magnesio e Potassio, per ripristinare l'equilibrio idrosalino. È particolarmente indicato negli squilibri della concentrazione salina fisiologica, dovuti ad una eccessiva sudorazione o a un'aumentata attività lavorativa fisica.

MG.KVIS contribuisce a ripristinare l'efficienza dell'organismo nei casi di ridotto apporto nutrizionale o di aumentato fabbisogno. E' quindi utile a chi deve sostenere un'intensa attività fisica, sportiva, o intellettuale, a chi è convalescente, anziano, adolescente, e alle donne in gravidanza.

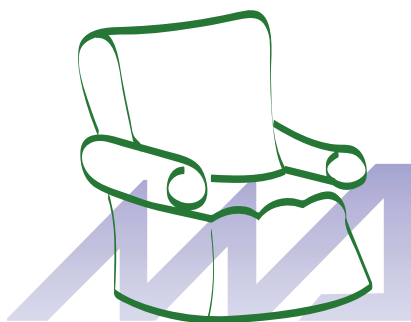
MG.KVIS grazie alla sua formula con Creatina aiuta infatti a rafforzare la capacità muscolare, a ritardare la comparsa della fatica e dello stress ed accelerare il recupero della forma fisica e mentale.

MG.KVIS un concentrato di benessere per il riequilibrio idrosalino-energetico del tuo organismo.



IN FARMACIA

**Integratore dietetico di Sali Minerali con Creatina
Dissetante-Energetico.**



DA LEGGERE IN POLTRONA

Antonia Arslan
“La masserie delle allodole”
(Prologo)

Prendemmo la strada sotto i portici per andare al Santo. Era il 13 giugno, il giorno del mio onomastico. Pioveva e io non volevo muovermi, ma il nonno Yerwant, il patriarca a cui nessuno disobbediva, aveva detto: “È ora che la bambina conosca il suo santo. È già quasi troppo tardi, ha cinque anni. Non sta bene far aspettare i santi. E dovete portarcela a piedi”. Lui ci avrebbe raggiunto con la sua automobile Lancia, e con Antonio, l'autista.

Così, percorsi con la zia le due lunghe strade porticate che conducono alla basilica con la zia Henriette, piccola piccola, dal gran naso armeno e dai lucidi capelli neri a caschetto, che aveva molti segreti e se li teneva stretti, non portava mai tacchi bassi e non permetteva che aprissi la sua borsetta. Neppure lei era contenta dell'ordine del nonno: aveva caldo, aveva “quasi” mal di testa, pensava che andare alla basilica il giorno del Santo fosse poco fine, cosa da provinciali e da turisti, temeva di perdermi, si angosciava per nulla, come sempre.

Zia Henriette era una sopravvissuta al genocidio del 1915. Creatura della diaspora, non aveva più una lingua madre. Parlava molte lingue, compresa la sua, l'armeno, in modo legnoso innaturale: come una straniera. In tutto faceva patetici sbagli e non volle mai raccontare la storia della sua sopravvivenza. Aveva dimenticato anche la sua età (in Italia, quando sbarcò, era così minuta e patita che le tolsero due o tre anni). Ma ogni sera, a casa nostra, veniva a cena portando vassoi di biscotti alla moda austriaca, enormi vasi di yogurt fatto in casa paklavà colmo di noci e di miele: e la sua presenza riempiva la casa di memorie oscure. Io l'amavo moltissimo, e mi facevo viziare. A casa sua i dischi di Edith Piaf andavano tutto il giorno, e si poteva ballare con le scarpette di panno. Sicché mi facevo trascinare verso il Santo con pigra curiosità, sperando in un gelato, o in una medaglietta, o in un libro colorato, chissà. Per me, ero aperta a tutti i doni - e mi spettavo un dono, fiduciosamente. E quando arrivammo allo sbocco della via del Santo nell'immensa piazza, ebbi il mio dono. La pioggia era cessata da qualche minuto, e improvvisamente le nuvole si spostarono, come un sipario, e un raggio caldo di luce e di sole fece della piazza un teatro, dove innumerevoli figurine colorate cominciarono a sgrullarsi e a chiudere gli ombrelli, affrettandosi verso l'ingresso. Nel centro, un gruppo solenne e ieratico si faceva notare per i chiassosi costumi, le gonne lunghe e i fieri capelli delle donne, i mustacchi erti degli uomini. Fermi fissavano concentrati il grande portone socchiuso della basilica.

“Vedi? Ci sono anche gli zingari” disse preoccupata la zia. “Tienimi stretta la mano”. Io non pensavo a sciogliermi. Mi bastavano gli occhi. Ero incantata e confusa. Erano quelli, gli zingari? Quelli che andavano sempre, e non si fermavano in nessun luogo; quelli che abitavano i carrozzoni sgargianti, che erano come case piccolissime, con dentro tutto quello che serve? Anche noi armeni siamo andati in tutti i paesi ma, giunti in un posto, ci fermiamo; e così

abbiamo parenti in tutte le parti del mondo. E cominciai a ripetermi l'elenco delle città dove avevamo parenti, e i loro nomi, rigirandomeli in bocca come una caramella.

La zia ripeteva sempre: "Quando sarò proprio stanca di stare con voi, quando sarete stati troppo cattivi, io me ne andrò. A Beirut da Arussiag, ad Aleppo da zio Zareh, a Boston da Philip e Mildred, a Fresno da mia sorella Nevart, a New York da Ani, o anche a Capocabana dal cugino Michel. Lui però per ultimo, perché ha sposato un'assira". Io ero affascinata dalla signora zia assira. Avevo visto in un libro illustrato i costumi degli antichi assiri e le loro barbe, mi avevano raccontato la storia di Nabucodonosor e delle grandi città di Babilonia e di Ninive, e mi figuravo questa zia incedere, avvolta in stoffe sontuose, su e giù per i giardini pensili di Babilonia (che suonava abbastanza simile a Capocabana). Altro che lasciarli per ultimi, come voleva zia Henriette; lo splendore di questa parentela brasiliana a mio parere doveva avere il primo posto. Ma nessuno in verità chiedeva il mio parere.

Continuando a stringermi nervosamente la mano, la zia si guardava intorno. Era piccola, patetica e subito sperduta, e cercava la rassicurante presenza del nonno, che infatti arrivò in quel momento. Con una curva impeccabile, l'auto argentea scivolò lungo il perimetro della piazza e si fermò silenziosamente proprio accanto a noi. L'autista Antonio scese e corse ad aprire la portiera al vecchio, piccolissimo anche lui, ma quanto più autorevole della zia! Dalla testa completamente calva, che veniva rasata ogni giorno accuratamente, al breve pizzetto imperioso, agli stivaletti lucidi con le ghette abbottonate con precisione, il nonno emanava sicurezza di sé e una grande forza interiore, non disgiunta però da una capricciosa autorità, che nessuno metteva in discussione e che deliziava noi bambini, proprio perché spesso contraddiceva, in modo del tutto incomprensibile, le assennate decisioni degli adulti della casa. Il nonno afferrò subito la situazione, compresa l'inquietante presenza degli zingari, e si pronunciò: "Tu Henriette entra in basilica per la porta laterale, prendi una sedia e mettiti a pregare. Un rosario, magari, perché ci vorrà del tempo. Passeremo a prenderti dopo. La bambina viene con me. Tu Antonio fai un giro dentro: è il giorno del Santo, che è anche il tuo santo. Avrai bene da chiedergli qualche cosa. Una bella preghiera farà bene anche a te. Poi vai a sederti dietro la signorina, e mi aspetterete insieme".

Mi prese per mano e mi portò dritta verso gli zingari, ancora immobili al centro della piazza. Il loro capo era in prima fila, era grande e bello. Ma quando vide il nonno, così piccolo e rotondetto, con la luccicante cate-

na dell'orologio tesa attraverso il panciotto, lo salutò e subito disse, voltandosi al suo gruppo, altrettanto bello ai miei occhi incantati: "C'è il professore. È lui che ha salvato il bambino. Viene in basilica con noi, viene a pregare con noi". E il nonno disse: "Questa è la mia nipotina. Si chiama Atonia".

In quel momento il portone centrale si spalancava piano. Dietro i due pesanti drappi laterali si aprì l'immensa cavità oscura, da cui sprigionava un profumo fortissimo di incenso, il brusio indistinto di una grande folla rispettosa e - a tratti - folate di canto. Il nonno mi prese una mano, il capo degli zingari l'altra, e procedemmo insieme, con passo lento e grave, alla testa del gruppo, verso l'ingresso. La gente si scostava intorno a noi, sussurrando. Il gruppo aveva un odore particolare, che si è fissato per sempre nella mia memoria, come il profumo del nido dell'anima, a cui tutti ritorneremo: di cavallo e di cuoio, di pelle abbronzata e di polvere delle strade.

Gli zingari cantavano, nella loro lingua misteriosa. Ed ecco che anche il nonno cantava, nella sua lingua misteriosa, prole così dolci che non sembrava nemmeno lui a pronunciarle, con voce profonda, come rivolto a se stesso; e io dal basso, vicina a lui, ascoltavo, ascoltavo e mi pareva di essere a casa, mi pareva proprio di rientrare in un nido caldo. "Signore, perdonami" diceva il nonno nell'antica lingua; "Signore pietà; Gesù Salvatore, abbi pietà di noi. O Santissima Trinità concedi la pace al mondo; splendore alla Chiesa; alla nostra nazione armena amore e unità; guarigione ai malati e il regno ai dormienti".

In quel momento si udì una voce forte e risoluta, che disse (e a me pareva che venisse da un misterioso Ognidove, ma era un predicatore dal pulpito, che io non vedevo): "Parola del santo frate Antonio. Cristo si paragona alla chioccia: *«Come la chioccia raccoglie i suoi pulcini sotto le ali...»* Osserva che la chioccia si ammalava quando i pulcini sono ammalati; li chiama a mangiare fin tanto che diventa rauca; li protegge sotto le ali e resiste al nibbio con le penne irte per difenderli. Così Cristo, Sapienza di Dio, per noi infermi si è fatto infermo, come dice Isaia: *«Lo abbiamo osservato: è disprezzato e l'ultimo degli uomini, cioè il più reietto; uomo dei dolori che ben conosce il patire»*".

Mi piaceva l'idea della chioccia. Conoscevo le chioce, sapevo come si comportavano; e avevo anche avuto un pulcino. Anche se mia mamma, riflettevo, la mia giovane mamma baldanzosa, di sicuro non è una chioccia... E nella mia testa la guarigione dei malati della preghiera del nonno, la sede dell'Armenia, le premure del materno Dio-chioccia di cui parlava la voce, l'odore degli zingari e l'immensa cavità protettiva del cielo

della basilica si fusero in una sensazione di sicurezza totale, di felicità così intensa che cominciai a piangere. Allora il nonno mi prese una mano fra le sue e disse: “Questa chiesa è come una nave, ed è il tuo Santo che la guida. Questa chiesa è un porto, ed è il tuo Santo che ci accoglie qui dentro, e detta le parole che hai sentito, e il male resta fuori del portone” (guardai il grande ingresso: luccicava di luce esterna e non sembrava un guardiano. Ma il nonno sapeva tutto...) “Questa è la casa visibile che conduce alla casa invisibile. Qui tu sarai sempre a casa. Hai sentito quello che ha detto li Santo: Dio è consolazione e conoscenza, è vicinanza nella malattia, cuore caldo che batte vicino al tuo. Qui ci sono tutti i nostri morti: la nonna Antonietta, la mia mamma giovinetta (il nonno aveva una mamma, scoprii con intensa meraviglia), tutti i miei fratelli scomparsi nella deportazione...”

“Ma adesso” proseguì “andiamo a salutarlo. Non sta bene trascurare il padrone di casa”. Così lasciammo gli zingari, dopo esserci salutati con molte feste, e andammo a metterci in fila nella folla sudata e accalcata che voleva toccare la lastra nera, dietro la quale, mi spiegò il nonno stava il corpo di sant’Antonio. “Ma lui c’è veramente, e ci sente davvero?” domandai. “E capisce anche i pensieri?”

“Devi mettere la mano sul marmo” rispose “e dire una preghiera, quella che sai meglio, o che ti viene in mente per prima. Lui vede nel tuo cuore.” Non ero molto sicura che nel mio cuore ci fosse molto da vedere, tutto riempito com’era di cose da bambini. Non mi pareva che ci fosse niente di interessante per un santo. Fui molto attratta invece dai cuori d’argento, fini trine di metallo luccicante appese dappertutto, insieme a bambine e braccini d’argento, a quadretti colorati piccolissimi. Ma non c’era tempo di fermarsi su niente. La folla compatta premeva dappertutto, intorno al nonno e a me, sballottandoci, confondendoci.

Infine un uomo grosso dietro di noi si accorse del vecchio e della bambina: protesse lui, sollevò me, schiacciandomi contro la lastra nera per un istante. Io pensai in fretta: “Prima di tutto, mi chiamo Atonia. Ti dico subito il mio nome, con tutta questa gente altrimenti come potrai poi ricordarti di me?”. Ma lui non rispose. “Troppa gente” pensai, “forse dovevo parlare forte”. Ma avevo fatto il mio dovere, mi ero comportata educatamente; e poi probabilmente, lui sapeva già chi ero. Glielo aveva detto il nonno.

E la felicità ritornò, impetuosa, come una corrente a trascinarci insieme alla folla in movimento. Non ricordo il resto della visita, solo che il nonno mi teneva saldamente per mano, come se condividessimo una segreta emozione; e che a un certo punto (forse nel

buio relativamente tranquillo dietro l’altar maggiore) si sedette su un gradino; lui di solito così schizzinoso, come accasciato da un pensiero che lo isolava; e io rimasi, quieta e piena di gioia, in piedi davanti a lui ad aspettarlo. Oggi so che fu in quel momento che i suoi morti lo raggiunsero, ed egli subito sembrò un vecchio mercante stanco, che aveva invano sognato di ritornare a concludere i suoi giorni nella natia terra d’Oriente; e ora si rassegnava a morire qui, in un esilio che però non era più esilio poiché era il luogo di tutte le genti, l’antica patria perduta.

Ricordo invece benissimo che si riprese. Improvvisamente allegro e di nuovo pieno di energia, mi disse: “Adesso andiamo a salutare il padre provinciale. La zia e Antonio possono pregare ancora un po’. Ti daranno certo un’aranciata e un biscotto”. Invece mi diedero, col biscotto, un piccolissimo bicchierino di un ghiotto rosolio di colore amaranto, il cui gusto dolcissimo di rosa mi parve sublime, tutto da raccontare, a casa, ai fratelli invidiosi; e una Storia di Giuseppe a fumetti, per quando avrei saputo leggere. Ma io preferivo ascoltare, e guardare il tavolo ricoperto di un tappeto spesso, i ritratti di santi uomini alle pareti, i due uomini vecchi che conversavano in amicizia, il nonno con la pelle opaca e giallina che si lisciava calmo il pizzetto, e il frate dalla carnagione rosea, con la grande barba grigia che ogni tanto metteva a posto con le mani, calmo anche lui, poderoso. Mi disse: “Devi tornare presto a trovarmi, con il tuo nonno, un giorno che sia più tranquillo di questo della festa del Santo. Eh, poi ti chiami come lui, e sei donna, hai degli speciali doveri. Ci sono tanti Antonimi, ma poche Atonie”. Di questo, fui subito molto lusingata.

Tutte queste cose assorbii in quel pomeriggio di giugno, come una spugna curiosa, una bambina ardente.



I nostri Servizi per L'Azienda

- **Medicina del lavoro**

- > Consulenza per l'applicazione D.Lgs. 626/94
- > Medicina del lavoro direttamente in azienda con le speciali unità mobili
- > Igiene industriale e ambientale
- > Corsi di formazione e informazione
- > Consulenza per la Certificazione di Qualità ISO 9000 e ISO 14000



Le Nostre Sedi

- Milano, Via Saint Bon 20
Tel. 02.48317.1 *
- Milano, Largo Cairoli 2
Tel. 02.48317.1 **
- Milano, Viale Monza 270
Tel. 02.2551925 ***
- Milano, Viale Abruzzi 14
Tel. 02.29527357 *
- Milano, Via P. Rossi 24
Tel. 02.66227255 *
- Corsico (MI), Via Vigevanese 4
Tel. 02.4406148 *
- Magenta (MI), Via Mazzini 45
Tel. 02.97295352 *
- Rho (MI), Via Magenta 41
Tel. 02.93182396 *

CENTRODIAGNOSTICOITALIANO



Direzione Commerciale: 02.48317538 - 02.48317549 • e-mail: dircom@cdi.it - www.cdi.it

* Resp. Sanitario: Prof. Andrea Casasco ** Resp. Sanitario: Dott. Bruno Restelli *** Resp. Sanitario: Dott. Patrizia Aletti